CONGRÈS

DES

MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE

ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

XXXVIIIe SESSION

LYON (16-21 JUILLET 1934)

CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES
DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

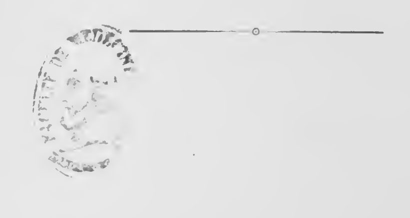
XXXVIII[e] SESSION — LYON (16-21 JUILLET 1934)

COMPTES RENDUS

PAR

PIERRE COMBEMALE

Secrétaire général



MASSON & C[ie], ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS



PRÉLIMINAIRES

COMITÉ D'HONNEUR

M. le Président E. Herriot, Ministre d'Etat, Maire de Lyon.
M. Bollaert, Préfet du Rhône.
MM. les Sénateurs et Députés du Département du Rhône.
M. Bender, Président du Conseil général, sénateur.
M. le général Dosse, Gouverneur militaire de Lyon, commandant le XIVe corps d'armée.
M. Villeminot, Premier Président de la Cour d'Appel.
M. Gros, Procureur général.
S. E. le Cardinal Maurin, Archevêque de Lyon, Primat des Gaules.
M. le pasteur Rivet, Président du Conseil Presbytéral.
M. le Grand Rabbin Sèches.
M. Lirondelle, Recteur de l'Université.
M. le Professeur Lepine, Doyen de la Faculté de Médecine.
M. le Médecin général Plisson, Directeur du service de santé de la XIVe région.
M. le Médecin général Morvan, Directeur de l'Ecole du service de santé militaire.
M. Henry Morel-Journel, Président de la Chambre de Commerce.
M. E. Brizon, Président du Conseil d'Administration des Hospices civils de Lyon.
M. le Commandeur Tamburini, Consul général d'Italie, Doyen du Corps consulaire.
M. de Mulatier, Consul général de Belgique et chargé des affaires pour le Grand Duché de Luxembourg.
M. Alberto de la Guardia, Consul d'Espagne.
M. Meyer, Consul de Suisse.
M. le Président de la Commission de surveillance de l'Asile de Bron.
M. le Président du Syndicat des Médecins du Rhône.
M le Président de la Société médicale des Hôpitaux de Lyon.

CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'ASSOCIATION

Année 1934

Président : M. le Dr Lagriffe (de Quimper).
Vice-Président : M. le Dr René Charpentier (de Neuilly-sur-Seine).
Secrétaire général : M. le Dr P. Combemale (de Bailleul).
Membres : MM. Paul Courbon (de Paris), Ern. de Craene (de Bruxelles), Art. Donnagio (de Modène), M. Olivier (de Blois), Henri Roger (de Marseille), et Vignaud (de Vanves), *trésorier.*

BUREAU DE LA 38e SESSION

Président : M. le Docteur L. Lagriffe, Médecin-Directeur de l'Asile de Quimper (Finistère).
Vice-Président : M. le Docteur René Charpentier, à Neuilly-sur-Seine (Seine).
Secrétaire général : M. le Professeur P. Combemale, de la Faculté de Médecine de Lille, Médecin-Chef à l'Asile de Bailleul.
Secrétaire annuel : M. le Professeur agrégé J. Dechaume, de la Faculté de Médecine de Lyon, Médecin des Hôpitaux.
Trésorier : M. le Docteur Vignaud, 4, Av. d'Orléans, à Paris (XIVe).
Secrétaires des séances (1) : MM les Drs Bourrat, Christy, Feuillade, Girard, Larrivé, Thévenon (de Lyon) et Titeca (de Bruxelles).

(1) Qu'il me soit permis de remercier ici tous les secrétaires des séances pour leur inestimable collaboration, et tout particulièrement M. Jean Titeca, à qui je dois la rapide publication de ces comptes-rendus. — P. C.

DÉLÉGUÉS OFFICIELS

ALGERIE

Gouvernement général : M. le Professeur Porot, de la Faculté de Médecine d'Alger, chargé du Service psychiatrique.

BELGIQUE

Gouvernement belge : Ministère de la Justice : M. le Docteur Ernest de Craene, Président de la ligue nationale belge d'Hygiène mentale.

Académie Royale de Médecine de Belgique : M. le Professeur d'Hollander, 80, rue Vital-Decoster, à Louvain.

Société de Médecine Mentale de Belgique : M. le Dr Paul Verstraeten (Président), Médecin-Chef de l'Asile Caritas à Melle, M. le Dr Marcel Alexander (Vice-Président), Médecin de la Ferme-Ecole de Waterloo (Bruxelles).

Société Belge de Neurologie : Dr Paul Martin, Professeur de l'Université de Bruxelles (Président), Dr E. de Craene, Agrégé à l'Université de Bruxelles, Dr Jean Titeca.

CANADA

Comité d'Hygiène Mentale de la province de Québec : M. Armand Viau, Sous-Ministre adjoint au Secrétariat du Gouvernement de la Province de Québec.

DANEMARK

M. le Professeur Wimmer, Doyen de la Faculté de Médecine de Copenhague.

FRANCE

Ministère de la Santé publique et de l'Education physique : M. le Dr Dequidt, Inspecteur général des Services administratifs.

Ministère de la Guerre : le Médecin-Lieutenant-Colonel Fribourg-Blanc, Professeur à l'Ecole d'application du Service de Santé militaire.

Ministère de la Marine : le Médecin-Chef de 1re classe, Hesnard, Chef de Service de neuro-psychiatrie de l'Hôpital Sainte-Anne à Toulon.

Conseil général de la Seine : M. le Dr Calmels, Conseiller municipal de Paris.

Préfecture de la Seine : M. F. Varenne, Directeur des Affaires Départementales.

Préfecture de Police : M. Vetel, Directeur-adjoint à la Direction de l'Administration et de la Police générales.

Commission de surveillance des Asiles de la Seine : M. Chartier, Avoué honoraire.

Société Médico-Psychologique : M. le Dr Capgras, M. le Dr Pactet, anciens présidents, M. le Dr René Charpentier, secrétaire général, M. le Dr Paul Courbon, secrétaire des séances, MM. les Drs Collet et Vignaud.

Société de Neurologie de Paris : M. le Dr O. Crouzon, secrétaire général, M. le Professeur Barre et M. le Dr Tournay.

Société Française de Psychologie : M. le Dr René Charpentier, ancien président.

Société de Médecine légale de France : M. le Dr Crouzon, Médecin de la Salpêtrière, M. le Professeur Fribourg-Blanc, du Val-de-Grâce, M. le Dr Costedoat, Agrégé du Val-de-Grâce.

GRANDE-BRETAGNE

The Royal Medico-Psychological Association : M. le Dr G. W. B. James, de Hillingdon (Middlesex).

GRECE

Gouvernement grec et l'Université d'Athènes : Dr Vlavianos, Membre du Haut Conseil Sanitaire.

ITALIE

Société Italienne de Neurologie, Société Italienne de Psychiatrie : M. le Professeur Art. Donaggio, Président, Doyen de la Faculté de Médecine de Modène.

LUXEMBOURG

Gouvernement Grand-Ducal (Assistance publique et Service Sanitaire) : M. le D[r] Albert Hansen, Médecin-Directeur de la Maison de Santé d'Ettelbrück.

MAROC

Direction de la Santé et de l'Hygiène publiques : M. le D[r] de Labretoigne du Mazel.

PORTUGAL

Université de Coïmbra : M. le Professeur Elysio de Moura.

ROUMANIE

Institut Médico-légal de Bucarest : M. le D[r] J. Stanesco.

SUISSE

Société Suisse de Psychiatrie : M. le D[r] Raymond de Saussure, privat-docent à l'Université de Genève.

Société Suisse de Neurologie : M. le Professeur Robert Bing, de Bâle.

U.R.S.S.

Délégué du Commissariat de la Santé publique : M. le Professeur Minor, de Moscou.

PRÉSIDENTS DE SÉANCES

Ont été appelés par le Bureau à présider diverses séances du Congrès :

MM.

De Craene, Agrégé à l'Université libre de Bruxelles (Belgique).

De Moura, Professeur à l'Université de Coïmbra (Portugal).

Donnagio, Doyen de la Faculté de Médecine de Modène (Italie).

Hoven, de Mons (Belgique).

James G. W. B., de Hillingdon, Middlesex (Angleterre).

Wimmer, Doyen de la Faculté de Médecine de Copenhague (Danemark).

LISTE

DES MEMBRES TITULAIRES

DE L'ASSOCIATION

DES MEMBRES ADHÉRENTS, DES MEMBRES ASSOCIÉS

ET DES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

INSCRITS A LA 38e SESSION DU CONGRÈS

MEMBRES TITULAIRES DE LA SESSION

1° MEMBRES TITULAIRES A VIE

Pr Abadie, 18, rue Porte-Dijeaux, Bordeaux (Gironde).
Dr Collet, 6, avenue des Marronniers, Fontenay-sous-Bois (Seine).
Dr de Fischer, 3, rue Bouligentras, Berne (Suisse).
Pr Guillain, 215 *bis*, boulevard St-Germain, Paris (7e).
Dr Lagriffe, Médecin-Directeur, Asile de Quimper (Finistère).
Pr Lépine, 1, Place Gailleton, Lyon (Rhône)

2° MEMBRES TITULAIRES

Dr Abély (Paul), Médecin-Chef, Asile de Villejuif (Seine).
Dr Adam (E.), Médecin-Directeur, Asile St-Georges, Bourg (Ain).
Dr Adam (Frantz), Médecin-Chef, Asile de Rouffach (Haut-Rhin)
Dr Alexander (Marcel), 56, rue St-Georges, Bruxelles (Belgique).
Dr Allamagny, Clinique St-Rémy, 46, boulevard Carnot, Le Vésinet (Seine-et-Oise).
Dr Arsimolles, Médecin-Directeur, Asile de Hoerdt (Bas-Rhin).
Dr Artur (R.), 3, rue Amiral-Réveillère, Brest (Finistère).

Pr Barré (J.-A.), 18, avenue de la Paix, Strasbourg (Bas-Rhin).
Dr Baruk (Henri), Médecin-Chef, Maison Nationale, Saint-Maurice (Seine).
Dr Bastié, Médecin-Chef, Hospice de Montauban (Tarn-et-Garonne).
Dr Bauer, Médecin-Chef, Asile de Naugeat, Limoges (Hte-Vienne).
Dr Bériel (M.-H.), 18, rue du Bât-d'Argent, Lyon (Rhône).
Dr Billet, Maison de Santé Rech, Pont-Saint-Côme, Montpellier (Hérault).
Dr Van Bogaert (Ludo), 22, rue d'Aremberg, Anvers (Belgique).
Dr Bonhomme, Médecin-Directeur, 17, rue Penthièvre, Sceaux (Seine).
Dr Borel, Hospice Central de Perreux-sous-Boudry, canton de Neuchâtel (Suisse).
Dr Bour, Sanatorium de la Malmaison, 4, place Bergère, Rueil (Seine-et-Oise).

Dr Bourilhet (M.D.), Asile de Ste-Catherine, Moulins (Allier).
Dr Bretoigne du Mazel (de la), rue de Madrid, Mers Sultan, Casablanca (Maroc).
Dr Brousseau, 109, avenue Henri-Martin, Paris (16e).
Dr Burckard, Médecin-Chef, Asile de Stephansfeld (Bas-Rhin).
Dr Busquet (Tomas), Calle Balmes 26, Barcelone (Espagne).
Dr Bussard, 8, avenue du 11-Novembre, Bellevue (Seine-et-Oise).
Dr Buvat (J.-B.), 130, rue de la Glacière, Paris, (13e).
Dr Boven, 2, avenue de la Gare, Lausanne (Suisse).

Dr Calmettes, Médecin-Chef, Asile de Naugeat, Limoges (Haute-Vienne).
Dr Carbillet, Médecin-Chef, Asile Ste-Catherine, Yzeure près Moulins (Allier).
Dr Charon (P.), Le Castel d'Andorte, Le Bouscat (Gironde).
Dr Charon (R.), 41, rue Delpech, Amiens (Somme).
Dr Charpentier (René), 119, rue Perronet, Neuilly-sur-Seine (Seine).
Pr Claude (Henri), 89, boulevard Malesherbes, Paris (8e).
Pr Combemale (Pierre), Médecin-Chef, Asile de Bailleul (Nord).
Dr Cossa, 29, boulevard Victor-Hugo, Nice (Alpes-Maritimes).
Dr Courbon, Médecin-Chef, Asile de Vaucluse, par Epinay-sur-Orge (Seine-et-Oise).
Pr de Craene (Ern.), 26, rue Jacques-Jordaens, Bruxelles (Belgique).
Dr Crémieux, 255, rue Paradis, Marseille (Bouches-du-Rhône).
Dr Crouzon, Médecin des Hôpitaux, 70 *bis*, avenue d'Iéna, Paris (16e).
Pr Cruchet, 12, rue Ferrère, Bordeaux (Gironde).
Dr Cullerre (A.), 8, boulevard Aristide-Briand, La Roche-sur-Yon (Vendée).

Dr Dardenne, Maison de Santé de Dave (Belgique).
Pr Dechaume (Jean) (M.H.), 13, quai Victor-Augagneur, Lyon (Rhône).
Dr Decourt, Médecin des Hôpitaux, 70, avenue Rapp, Paris (7e).
Dr Dedieu-Anglade, 1 *bis*, rue Pedroni, Bordeaux (Gironde).
Dr Dedieu-Anglade (R.), Médecin-Chef, Asile de Breuty-la-Couronne (Charente).
Dr Delaunois, Maison de Santé de Bon-Secours, Peruwelz-Hainaut (Belgique).
Dr Delmas (Ach.), Médecin-Directeur, Maison de Santé, 23, rue de la Mairie, Ivry-sur-Seine (Seine).
Dr Demay (M.C.), Asile de Maison-Blanche, Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise).
Dr Desruelles (M.C.), Asile de Ste-Ylie, par Dôle (Jura).

Dr Devay (F.), 192, route de Vienne, Lyon (Rhône).
Pr Divry, 11, avenue Blonden, Liége (Belgique).
Pr Donaggio (A.), Doyen de la Faculté, Modène (Italie).
Dr Donnadieu, Médecin-Chef, Asile de Vauclaire, par Montpon-sur-l'Isle (Dordogne).
Dr Dubois (J.), 6, avenue de l'Observatoire, Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme).
Dr Duchêne (M.C.), Asile de Lorquin (Moselle).

Pr Euzière, 12, rue Marceau, Montpellier (Hérault).
Dr Ey (M.C.), Asile de Bonneval (Eure-et-Loir).

Dr Fail, Médecin-Chef, Asile Ste-Marie, Privas (Ardèche).
Dr Fay, 11 *bis*, rue de Thann, Paris (17e).
Dr Fillassier, Médecin-Directeur, Château de Suresnes (Seine).
Dr Focquet, Médecin-Chef, Asile de Dave, près Namur (Belgique).
Dr Forel (M.C.), Les Rives de Prangins, près Nyon (Suisse).
Dr Frey (M.C.), Asile de Rouffach (Haut-Rhin).
Pr Fribourg-Blanc, 15, rue Fays, Saint-Mandé (Seine).
Dr Fromenty, Médecin-Chef, Hospices de Tours (Indre-et-Loire).

Dr Garand (O.), Médecin-Directeur, Château de Garches, 2, Grande Rue, Garches (Seine-et-Oise).
Dr Garcin (R.), Médecin des Hôpitaux, 11, rue de Verneuil, Paris (7e).
Dr Gaudücheau, 36, boulevard Delorme, Nantes (Loire-Inférieure).
Dr Genil-Perrin, 99, avenue la Bourdonnais, Paris (7e).
Dr Gilles, Médecin-Directeur, Asile de Pau (Basses-Pyrénées).
Dr Gorriti (Fernando), Colonia Nacional de Alienados Open Door, F.C.P., Province de Buenos-Aires (Argentine).
Dr Guiraud, Médecin-Chef, Asile Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, Paris (14e).
Dr Giuseppè Franchini, Via Croce 2, Picenza (Italie).

Dr Hacquard, Médecin-Chef, Asile Ste-Athanase, Quimper (Finistère).
Dr Hamel (M.C.), Asile de Maréville, Laxou, près Nancy (Meurthe-et-Moselle).
Pr Hesnard, Littoral F.-Mistral, Mourillon, Toulon (Var).
Dr Hoven (H.) (M.D.), Asile de Mons (Belgique).
Dr Hugues, Asile de Font-d'Aurelle, Montpellier (Hérault).
Dr Hyvert (M.C.), Asile de Dury-les-Amiens (Somme).

Dr Jude, (Médecin-Général), 48, rue de Lodi, Marseille (Bouches-du-Rhône).

Pr Ladame, Asile de Bel-Air, Genève (Suisse).
Pr Laignel-Lavastine, 12 *bis*, Place de Laborde, Paris (8e).
Dr Larrivé, 192 *bis*, route de Vienne, Lyon (Rhône).
Dr Lassale, Médecin-Directeur, Asile St-Lizier (Ariège).
Dr Lauzier (M.C.), Asile de Clermont (Oise).
Pr Leclercq, 227, boulevard de la Liberté, Lille (Nord).
Dr Léculier, Asile de Ste-Ylie, par Dôle (Jura).
Pr Legrand, 243, rue Nationale, Lille (Nord).
Dr Leroy (A.), Médecin-Chef des Hospices, 18, rue Beeckmann, Liége (Belgique).
Dr Le Roy des Barres, Maison de Santé, Epinay-sur-Seine (Seine).
Dr Lévy-Valensi, Médecin des Hôpitaux, 37, avenue Victor-Hugo, Paris.
Pr Ley (A.), 9, avenue Fond-Roy, Uccle-les-Bruxelles (Belgique).
Dr Ley (J.), 28, chemin de Dieleghem, Jette (Belgique).
Dr Ley (R.), 10, avenue de la Ramée, Uccle-les-Bruxelles (Belgique).

Dr Maillard (G.), 2, rue Dispan, L'Hay-les-Roses (Seine).
Dr Magnand, Asile de Saint-Dizier (Haute-Marne).
Dr Mahon (M.D.), Asile d'aliénés, Mont-de-Marsan (Landes).
Dr Marchand, 47, rue Falguière, Paris.
Dr Martel (Th. de), 18, rue Weber, Paris (16e).
Dr Martin-Sisteron, 14, boulevard Edouard-Rey, Grenoble (Isère).
Dr Martimor (E.) (M.C.), rue des Lions, Blois (Loir-et-Cher).
Dr Masquin, Etablissement hydrothérapique, St-Didier (Vaucluse).
Dr Massot, Médecin-Chef, Asile Ste-Madeleine, Bourg (Ain).
Dr Maupaté, 9, quai des Dominicains, Douai (Nord).
Dr Médakovitch, Chef de Laboratoire, Asile Ste-Anne, 1, rue Cabanis, Paris (14e).
Dr Meignant, 8, rue St-Lambert, Nancy (Meurthe-et-Moselle).
Dr Menuau (M.C.), Asile de Fleury-les-Aubrais (Loiret).
Dr Mestrallet (A.), Médecin-Chef, Maison de Santé Saint-Jean-de-Dieu, 25, quai Claude-Bernard, Lyon (Rhône).
Dr Meuriot, Médecin-Directeur, Château du Bel-Air, Villeneuve-Saint-Georges (Seine-et-Oise).
Dr Miranda (H. de), 44, rue Général-Galliéni, Viroflay (Seine-et-Oise).
Dr Molin de Teyssieu, 14, r. Blanc-Dutrouilh, Bordeaux (Gironde).
Dr de Montet, Mont-Pèlerin, Corseaux, Vevey (Suisse).
Dr Morat, 10, rue Coutureau, Saint-Cloud (Seine-et-Oise).
Dr Moreau, 261, rue St-Léonard, Liége (Belgique).
Dr Morel (Mlle), Asile de Quatre-Mares, Sotteville-les-Rouen (Seine-Inférieure).
Dr Mouchette, Médecin-Chef, Asile de Pierrefeu (Var).

Pr Nayrac (P.), 93, rue d'Esquermes, Lille (Nord).
Dr Noyer (M.C.), Asile de Naugeat, Limoges (Haute-Vienne).

Dr Olivier, 34, avenue Maunoury, Blois (Loir-et-Cher).
Dr Ollivier, Asile de Lehon, près Dinan (Côtes-du-Nord).

Dr Pactet, Médecin Honoraire des Asiles de la Seine, Pavillon Colbert, Châtenay (Seine).
Dr Parant, Médecin-Directeur, Maison St-Loup, par Saint-Géniès (Haute-Garonne).
Dr Paul-Boncour, 164, Faubourg Saint-Honoré, Paris (8e).
Dr Perret, Médecin-Directeur, Vauclaire, par Montpont-sur-l'Isle (Dordogne).
Dr Péron (N.), Médecin des Hôpitaux, 10, quai Galliéni, Suresnes (Seine).
Dr Perrussel, Hôpital Psychiatrique, La Manouba (Tunisie).
Dr Petit (G.), 160, rue de Paris, Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise).
Dr Peyre, Médecin-Commandant, 148 *bis*, rue de Vaugirard, Paris.
Dr Picard (M.D.), Asile de Bonneval (Eure-et-Loir).
Dr Porc'her (Y.), (M.C.), Asile de Villejuif (Seine).
Pr Porot, 29, rue Mogador, Alger (Algérie).
Dr Prince, Médecin-Directeur, Asile de Rouffach (Haut-Rhin).

Pr Raviart, 91, rue d'Esquermes, Lille (Nord).
Dr Renaux (M.C.), Asile Ste-Gemmes (Maine-et-Loire).
Dr Repond (A.), Maison de Santé de Malévoz, Monthey, Valais (Suisse).
Dr Robert, 37, rue Rouget-de-l'Isle, Auch (Gers).
Pr Rodriguez-Arias, Via Augusta, Letra R., Barcelone (Espagne).
Pr Roger (H.), 66, boulevard Notre-Dame, Marseille (Bouches-du-Rhône).
Dr Rougean, 12, rue Dagobert, Saint-Lô (Manche).

Dr Salomon, Médecin-Directeur, Asile de Lesvellec, près Vannes (Morbihan).
Dr Santenoise (Ach.), Asile de Ste-Ylie, près Dôle (Jura).
Dr Semelaigne (R.), 59, boulevard de Montmorency, Paris.
Dr Schutzenberger, Médecin-Chef, Asile du Mans (Sarthe).
Dr Sizaret (M.D.), Asile de Mayenne (Mayenne).
Dr Schmite, 28, rue de Turin, Paris.

Dr Targowla, 169, rue de l'Université, Paris (7e).
Dr Tarrius (J.), 22, avenue Junot, Paris (18e).
Dr Tournay, 58, rue de Vaugirard, Paris (6e).
Dr Trivas (M.C.), Asile de la Providence, Niort (Deux-Sèvres).

Dr Vandervelde (Mme Jeanne), Résidence Palace, 38 *bis*, rue de la Loi, Bruxelles (Belgique).
Dr Vernet (G.), (M.D.), Asile de Beauregard, près Bourges (Cher).
Dr Vermeylen, 28, rue Saint-Bernard, Bruxelles (Belgique).
Dr Verstraeten, Asile de Caritas, Melle-lez-Gand (Belgique).
Dr Vervaeck (P.), 35, rue Verhulst, Uccle-Bruxelles (Belgique).
Dr Viallefont, 4, Passage Sonjon, Montpellier (Hérault).
Dr Vidal (J.), 2, rue Stanislas-Digeon, Montpellier (Hérault).
Dr Vié, Colonie d'Ainay-le-Château (Allier).
Dr Vieux, Divonne-les-Bains (Ain).
Dr Vignaud, 4, avenue d'Orléans, Paris.
Dr Vurpas, 161, rue de Charonne, Paris.
Dr Vullien, 93, rue d'Esquermes, Lille (Nord).

MEMBRES ADHÉRENTS A LA 38e SESSION

Dr Abély (Xavier), Médecin-Chef, Asile de Villejuif (Seine).
Dr Albès, Médecin-Chef, Asile de Châlons-sur-Marne (Marne).
Dr Alombert-Goget, 131, rue Moncey, Lyon (Rhône).
Dr Alliez, La Mazindra, St-Loup, Marseille (Bouches-du-Rhône).
Dr Aubry, Médecin-Chef, Asile de Maréville, près Nancy (Meurthe-et-Moselle).
Dr Audemard, 14, rue de la Barre, Lyon (Rhône).

Dr Babonneix, Médecin des Hôpitaux 50, avenue de Saxe, Paris.
Dr Barbier, 13, rue Victor-Hugo, Lyon (Rhône).
Dr Bargues, Place Gambetta, Caudéran (Gironde).
Dr Bahia (Junior), Directeur, Hôpital Conde Ferreire, R. Costa Cabral 1218, Porto (Portugal).
Dr Baruk (J.), Médecin-Directeur, Maison de Santé, Ste-Gemmes-sur-Loire (Maine-et-Loire).
Dr Benoziglio, Maison de Santé, Malevoz, Monthey (Suisse).
Dr Bersot, Clinique Bellevue, Le Landeron, près Neuchâtel (Suisse).
Dr Bessière, Médecin-Chef, Asile d'Evreux (Eure).
Pr Bing (R.), 1, Wallstrasse, Bâle (Suisse).
Dr Brandt, 8, boulevard James-Fazy, Genève (Suisse).
Dr Briot, 13, rue Jarente, Lyon (Rhône).
Dr Bourrat, 39, Cours Gambetta, Lyon (Rhône).
Dr Brunerie, 117, Cours Lafayette, Lyon (Rhône).

Dr Calmels, 22, avenue des Gobelins, Paris.
Dr Capgras, Médecin-Chef, Asile Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, Paris (14e).
Dr Caron, 6, rue Sarrette, Paris (14e).
Dr Cart, 60, avenue de Rumine, Lausanne (Suisse).
Dr Carriat, Médecin-Chef Asile St-Luc, Pau (Basses-Pyrénées).
Mr Chartier, 21, boulevard Delessert, Paris (16e).
Dr Chaumier, 11, avenue des Belges, Caluire (Rhône).
Dr Charuel, Droyes, par Montierender (Haute-Marne).
Dr Christy, 25, avenue de Saxe, Lyon (Rhône).
Dr Collet (Marguerite). Médecin-Chef, Asile de Fains (Meuse).
Dr Clérambault (G. de), Médecin-Chef, Infirmerie spéciale, 46, rue Danicourt, Malakoff (Seine).
Dr Condomine, Médecin-Chef, Asile de Bron (Rhône).
Dr Convers, Médecin-Chef, Maison de Santé, Vaugneray (Rhône).
Dr Corcket, 91, rue Caponière, Caen (Calvados).
Dr Cornu, Médecin-Chef, Asile de Bassens (Savoie).
Dr Courjon (Rémy), Meyzieux (Isère).
Dr Courtois, Médecin de l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, Paris, (14e).

Dr Danjean, Médecin-Chef, Asile, Aix-en-Provence (Bouches-du-Rhône).
Dr Danjou, Les Rives de Prangins, par Nyon (Suisse).
Dr Devic (A.), Médecin des Hôpitaux, 24, rue du Plat, Lyon (Rhône).
Mr Delaitre, Conseiller d'Etat, 9, rue de la Condamine, Paris.

Pr Elysio de Moura, Université de Coïmbra (Portugal).

Dr Feuillade (H.), 19 *bis*, Quai Tilsitt, Lyon (Rhône).
Dr Feuillade (M.), 19 *bis*, Quai Tilsitt, Lyon (Rhône).
Dr Feyeux (Mlle), 40, rue Victor-Hugo, Lyon (Rhône).
Dr Flournoy, 6, rue de Monnetier, Genève (Suisse).
Dr Folly, 4, rue Lebeuf, Auxerre (Yonne).
Pr Francesco del Greco (M.D.), Ospédale Psychiatrio, Aquila (Italie).
Pr Froment, 25, rue Godefroy, Lyon (Rhône).

Dr Gauthier, Professeur, Val-de-Grâce, 120, rue de la Pompe, Paris (16e).
Dr Gardien (Mme) Saint-Ylie, par Dôle (Jura).
Mr Gevaudan, Directeur de l'Asile, Dury-les-Amiens (Somme).
Dr Goemans, Médecin du S.A.P., Wortel (Belgique).
Dr Guiard, 13, rue des Finets, Clermont (Oise).
Dr Guichard, Médecin-Chef, Asile St-Pons, Nice (Alpes-Maritimes).

Dr Girard, 10, rue Paul-Chenavard, Lyon (Rhône).
Dr Guillerey (M.D.), La Métairie, Nyon (Suisse).

Dr Hansen (A.), Médecin-Directeur, Maison de Santé d'Ettelbruck (Luxembourg).
Dr Hanus, Asile Saint-Nicolas-du-Port (Meuthe-et-Moselle).
Dr Heuyer, Médecin des Hôpitaux, 1, avenue Emile-Deschanel, Paris (7e).
Pr Hermann, 15, avenue Félix-Faure, Lyon (Rhône).

Dr Jabouille, Médecin-Chef, Asile de Rouffach (Haut-Rhin).
Dr James (G.W.B.), The Lawn-Hillingdon, Middlesex (Angleterre).

Dr Kapsalas, Kifissia, près Athènes (Grèce).
Dr Von Kohler, 8, rue Mont-de-Sion, Genève (Suisse).

Pr Leulier, Hôpital Desgenettes, Lyon (Rhône).
Dr Leulier, Médecin-Directeur, Villa des Pages, Le Vésinet (Seine-et-Oise).
Dr Leguilland (M.D.), Asile, La Charité-sur-Loire (Nièvre).
Dr Liekens, 124, rue du Pas, Ghell (Belgique).
Dr Loup, Médecin-Directeur, Asile Breuty-la-Couronne (Charente).
Dr Loo (M.C.), Asile, La Charité-sur-Loire (Nièvre).
Dr Léonet, 3, avenue Leclerc, Lyon (Rhône).

Pr Mazhar, Osman Akil Hastaliklari, Stamboul (Turquie).
Dr Mans (J.), Médecin-Chef, Asile de Leyme (Lot).
Dr Marot, 8, quai du Maréchal Joffre, Lyon (Rhône).
Dr Morsier (de), 8, rue de l'Hôtel de Ville, Genève (Suisse).
Pr Mazel, 22, avenue de Saxe, Lyon (Rhône).

Dr Papon, Médecin-Chef, Asile de la Cellette, par Eygurande (Corrèze).
Dr Pommé, 18, avenue Berthelot, Lyon (Rhône).

Dr Rebatel, 24, quai Tilsitt, Lyon (Rhône).
Dr Régis, Médecin-Chef, Asile de Cadillac (Gironde).
Pr Riser, 1, rue du Pont de Tounis, Toulouse (Haute-Garonne).
Dr Rochaix, Médecin-Chef, Asile de Bron (Rhône).
Dr Rouart, Interne des Asiles, 40, rue Villejust, Paris (16e).

Dr Sarro (Ramon), Ariban, 171 pal., Barcelone (Espagne).
Dr Saussure (de), 2, Tertasse, Genève (Suisse).
Pr Sebek, 2, Vilimovska, Prague (Tchécoslovaquie).

Dr Sengès, Médecin-Directeur, Asile de Moisselles (Seine-et-Oise).
Dr Sizaret (A.), Médecin-Directeur, Asile de Lorquin (Moselle).
Dr Stanesco, 10, rue Deparateanu, Bucarest (Roumanie).

Dr Tamalet, Interne des Hôpitaux, 17, Place St-Georges, Toulouse.
Dr Tarbouriech (M.C.), Asile d'Armentières (Nord).
Dr Trelles, Interne, Asile Ste-Anne, 1, rue Cabanis, Paris (14e).
Dr Titeca, 226, Chaussée de Dieleghem, Jette, Bruxelles (Belgique).

Mr Varenne (F.), Directeur des Affaires départementales, Préfecture de la Seine, Paris.
Mr Vetel, Directeur-Adjoint, Préfecture de Police, 2, quai du Marché-Neuf, Paris.
Pr Velter, 42, avenue du Président-Wilson, Paris (16e).
Dr Villard, 8, rue Edouard-Grimaux, Poitiers (Vienne).
Dr Vlavianos, 16, rue Zinonos, Athènes (Grèce).
Dr Voitachevski, Médecin-Directeur, Asile de Marsens, près Bulle (Suisse).
Mr Viau, Secrétaire de la Province de Québec, 338, Grande Allée, Québec (Canada).

Dr Wahl (M.C.), Asile St-Pierre, Marseille (Bouches-du-Rhône).
Pr Wimmer, Doyen de la Faculté, Copenhague (Danemark).

MEMBRES ASSOCIÉS A LA 38e SESSION

Mme Adam (E.).
Mme Adam (F.).
Mme Alexander.
Mme Aynard.

Mme Bargues.
Mme Bessière.
Mme Bétis.
M. H. Bétis.
Mme Boven.
Mme Bussard.
Mlle Bussard.

Mme Charuel.
Mlle Charuel.
Mme Christy.
Mme Collet.
M. Collet (L.).
M. Collet (M.).
Mme Combemale.
Mme Convers.
Mme Corcket.
Mme Courbon.

Mlle Dambies.
Mme Dechaume.
Mme Decombe-Charuel.
M. Decombe-Charuel.
Mme Delaitre.
Mme Desruelles.
Mme Devay.

Mme Elysio de Moura.

Mme Feuillade (H.).
Mme Froment.

Mme Hansen.
Mme Hermann.
Mme Hesnard.

Mme James (G.W.B.).

Mme Kapsalas.

Mme Lagriffe (L.).
Mme Larrivé.
Mme Lépine.
Mme Leulier.
Mlle Leulier.
M. Leulier.
M. Lohrer.

Mme Mans.
Mme du Mazel.
Mme Meuriot.
Mlle Michaelidis.
Mme Mouchette.

Mme Olivier.

Mme Paul-Boncour (G.).
Mlle Picque (F.).
Mme Porc'her.

Mme Régis.
Mme Roger (H.).
M. Roger (J.).

Mme Sebek.
Mme Stanesco.

Mme Tfieca.

Mme Verstraeten (F.).
Mme Viau (X.).
Mme Vié.

ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

Belgique. — Colonie Provinciale de Lierneux.

France. (Aisne). — Asile de Prémonté.
— (Allier). — Colonie Familiale, Ainay-le-Château.
— (Allier). — Asile d'Yzeure, près Moulins.
— (Ariège). — Asile de St-Lizier.
— (Cher). — Colonie Familiale de Dun-sur-Auron.
— (Cher). — Asile de Beauregard, Bourges.
— (Côte-d'Or). — Maison de Santé La Chartreuse, Dijon.
— (Finistère). — Asile de Quimper.
— (Gers). — Maison départementale d'Auch.
— (Gironde). — Asile d'aliénés de Cadillac.
— (Gironde). — Asile de Château-Picon, Bordeaux.
— (Haute-Vienne). — Asile de Naugeat, Limoges.
— (Ille-et-Vilaine). — Asile de St-Méen, près Rennes.
— (Jura). — Asile de Sainte-Ylie, près Dôle.
— (Loir-et-Cher). — Maison de Santé départementale, Blois.

FRANCE. (Loiret). — Etablissement Psychothérapique de Fleury-les-Aubrais.
— (Moselle). — Asile de Lorquin.
— (Nord). — Asile d'Armentières.
— (Nord). — Asile de Bailleul.
— (Nièvre). — Etablissement Neuro-Psychiatrique La Charité.
— (Bas-Rhin). — Asile de Hoerdt.
— (Haut-Rhin). — Asile de Rouffach.
— (Rhône). — Asile de Bron.
— (Seine). — Asile de Villejuif.
— (Seine). — Asile-Clinique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, Paris (14e).
— (Seine). — Asile de Vaucluse, par Epinay-sur-Orge (Seine-et-Oise).
— (Seine-et-Oise). — Asile de Moisselles.
— (Seine-et-Oise). — Asile de Maison-Blanche par Neuilly-sur-Marne.
— (Sarthe). — Asile du Mans.
— (Somme). — Asile de Dury-les-Amiens.
— (Tarn). — Asile de Bon-Sauveur, Albi.
— (Vaucluse). — Asile de Mondevergues.

SÉANCE INAUGURALE

SÉANCE INAUGURALE DU 16 JUILLET

La séance inaugurale de la XXXVIIIe session a eu lieu le 16 juillet 1934 dans la belle salle des fêtes de la nouvelle Faculté de Médecine de Lyon, à 10 h. 15, sous la présidence de M. le Président HERRIOT, *Ministre d'Etat, maire de Lyon.*

Sur l'estrade avaient pris place M. le Président HERRIOT, M. BOLLAERT, *Préfet du Rhône et le Bureau du Congrès. Aux premiers rangs de l'assistance on remarquait la présence de M.* GROS, *Procureur général, de Son Eminence le Cardinal* MAURIN, *primat des Gaules, de M. le Professeur* LEPINE, *Doyen de la Faculté de Médecine de Lyon, de M. le Médecin général* MORVAN, *Directeur de l'Ecole du Service de Santé militaire, du Grand Rabbin* SÈCHES, *de M.* DE MULATIER, *Consul de Belgique et de M.* MEYER, *Consul de Suisse.*

M. le Président HERRIOT *après avoir prononcé la courte allocution suivante, déclara ouverte la XXXVIIIe session du Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française et donna la parole aux délégués officiels. Puis le D^r* LAGRIFFE, *Président du Congrès prononça le discours d'usage.*

Allocution de M. le Président Herriot

Ministre d'Etat, Maire de Lyon

Mesdames, Messieurs,

Je déclare ouvert le 38e Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française.

Je n'ai, vous le pensez bien, aucune sorte de qualité pour entrer sur le domaine où, tout à l'heure, vous allez vous engager, à la suite des maîtres de la science qui vous rassemblent.

En revanche, je suis autorisé, je le pense, à vous souhaiter la bienvenue au nom de cette ville, et au nom du gouvernement français.

Cette ville vous reçoit dans un quartier nouveau qu'elle a consacré à la science, où elle a tenté de marquer par un grand effort le respect qu'elle a pour les recherches de l'esprit, qui, dans notre pensée doivent dominer et diriger toute la vie sociale.

Vous êtes reçus dans une Faculté qui, ainsi que la science à laquelle tout à l'heure vous allez consacrer vos efforts, doit beaucoup, doit à peu près tout, à M. le Doyen Lepine, à son autorité universitaire.

Je suis heureux de lui rendre ici un public hommage. C'est grâce à lui, grâce au rayonnement de son nom, grâce à la confiance qu'il a su inspirer à nos amis des Etats-Unis, que nous avons pu joindre la Faculté qui vous reçoit à l'hôpital que vous allez visiter.

Cet hôpital, il est l'œuvre d'une municipalité qui a voulu unir, au souci de soigner les malades le mieux possible, la préoccupation de procurer aux savants des moyens de travail efficaces.

Au nom du gouvernement, je salue les médecins aliénistes et neurologistes de France et des Pays de langue française.

Je crois d'ailleurs, que vous avez un peu étendu votre formule et que vous avez appelé à vous, non seulement des représentants de tous les pays où l'on parle notre langue, mais des représentants de tous les pays qui veulent bien avoir pour notre peuple des sentiments d'amitié ; nous les leur rendons,

et je les leur exprime ici au nom du gouvernement français avec une parfaite sincérité et avec cordialité.

La France n'a, vous le savez, aucune sorte d'ambition conquérante, et elle veut, selon sa tradition, continuer à agir sur les esprits et sur les cœurs en aidant à tout ce qui peut contribuer à l'amélioration du sort humain et à la défense de notre race, contre des maladies qui l'assiègent ou qui la menacent, comme il est naturel après de longues époques d'histoire.

Soyez donc, Messieurs, les bienvenus, et soient bienvenus aussi avec vous tous ceux et toutes celles qui ont voulu vous accompagner.

Je veux vous dire aussi la joie que j'aurai à vous recevoir dans notre vieil Hôtel de Ville.

Maintenant, je vais céder la parole à ceux qui sont beaucoup plus qualifiés que moi pour parler dans cette enceinte ; je voulais simplement vous dire l'intérêt que je prendrai à vos travaux.

Il y a déjà longtemps que des philosophes et des médecins essaient conjointement de définir les facultés de l'esprit humain ; j'ai vu que vous aviez porté à votre ordre du jour un grave problème de classification, vous allez le traiter dans le pays de celui qui a été le classificateur par excellence, André-Marie Ampère, à qui nous devons une remarquable détermination des sciences.

Puisse, Messieurs, l'ombre d'André-Marie Ampère, vous protéger et vous inspirer.

Allocution de M. le Professeur Porot

Délégué du Gouvernement général de l'Algérie

Monsieur le Ministre,
Monsieur le Président,
Mesdames, Messieurs,

Le Gouvernement général de l'Algérie n'a pas voulu laisser tomber l'aimable tradition que votre Association a créée il y a quelques années en sa faveur, en lui donnant une représentation officielle à vos Congrès.

Il me charge encore une fois de vous remercier de cette invitation et de vous apporter ses vœux de succès pour votre XXXVIII[e] session.

L'Algérie, qui a longtemps porté le poids d'une carence regrettable, peut maintenant se présenter devant vous le front haut et les mains pleines. Elle a travaillé, depuis trois ans, à mettre sur pied son équipement d'assistance mentale. Ses services de première et de deuxième ligne ont commencé à fonctionner. L'enseignement clinique de la psychiatrie est officiel depuis quelques mois ; en attendant que des temps meilleurs lui donnent sa personnalité complète, il partage sa chaire avec la pathologie générale, symbiose qui peut avoir quelques bons côtés. Tout se poursuit et s'achève, là-bas, à une cadence assez rapide pour la période actuelle de restrictions budgétaires.

Aussi suis-je chargé de vous apporter, cette année, une invitation officielle à venir tenir une de vos prochaines sessions sur l'autre rive de la Méditerranée. Votre périple en Afrique du Nord qui vous a fait siéger déjà en 1912 à Tunis, l'an dernier à Rabat, comporte maintenant une étape obligatoire à Alger. Nous l'espérons prochaine.

Puis-je vous dire enfin toute ma joie personnelle de me retrouver cette année dans cette ville de Lyon qui fut le foyer de ma formation médicale et de recevoir l'hospitalité de cette Université lyonnaise à laquelle j'appartiens par mes origines. Celui qui nous en fait aujourd'hui les honneurs, le distingué Doyen de la Faculté de Médecine, notre collègue Jean Lépine, me permettra d'évoquer ici le souvenir de son père, Raphaël Lépine, dont je fus un des derniers élèves. Sa grande figure plane encore sur cette Faculté dont il fut une des gloires. Il était bien des nôtres, ce chercheur avisé, ce clinicien précis qui a fixé définitivement bien des points de la pathologie du système nerveux et qui surtout a instauré, en Clinique, une discipline objective de travail, un sens concret des réalités si particulièrement nécessaires à la neuro-psychiatrie. Je salue ici sa mémoire et son nom, si brillamment continués aujourd'hui.

Allocution du Dr Ernest de Craene

Délégué du Gouvernement belge

Monsieur le Président,
Eminence,
Mesdames, Messieurs,

L'honneur m'échoit d'apporter au 38e Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des Pays de langue française, le salut du Gouvernement belge et les vœux qu'il forme pour la pleine réussite de vos travaux.

C'est toujours avec joie que les aliénistes et neurologistes belges prennent part à ces Congrès où tous, se servant de ce merveilleux instrument de rayonnement intellectuel qu'est la langue française, étudient et discutent, en toute franchise, sous l'égide de la liberté et de la raison des questions d'ordre scientifique, clinique et social.

Permettez-moi d'ajouter que pour nous, fils des vieilles communes, industrieuses, jalouses de leurs libertés, fières de leurs privilèges, farouchement indépendantes, il est particulièrement agréable de voir ce Congrès se tenir cette année à Lyon, dans cette cité auguste que nous admirons non seulement pour ses beautés mais aussi pour son ardent amour du travail, pour son esprit civique, pour ses remarquables réalisations sociales.

Notre pays qui n'a pas oublié les leçons d'un passé récent, reste prêt à accomplir, sans faux-fuyant et sans ambiguïté, tout son devoir. Mais malgré les difficultés de l'heure, malgré ou à cause même de certaines menaces, il continue avec calme, courage et persévérance son labeur traditionnel.

Du travail de ses enfants, de la confiance de ses citoyens dans les destinées de la patrie, l'exposition internationale qui s'ouvrira l'an prochain à Bruxelles, sera une preuve tangible.

Au nom du Gouvernement belge, je vous rappelle que nous vous attendons l'an prochain à Bruxelles. Vous pourrez de la sorte constater par vous-mêmes que, fidèles à notre devise nationale, Flamands et Wallons restent étroitement unis en une nation forte, indépendante et vraiment libre.

Allocution du Médecin-Chef de 1[re] classe Hesnard,

au nom des délégués du Gouvernement de la République française

Monsieur le Ministre,
Monsieur le Président,
Eminence,
Mesdames, Messieurs,

Le grand honneur qui m'est attribué de représenter à cette séance inaugurale les grands départements du Gouvernement français est d'autant plus lourd pour mes épaules qu'il m'est imposé par les circonstances de la façon la plus inattendue.

Il y a quelques années, les délégués militaires, à votre Congrès vous informaient des progrès réalisés, grâce aux enseignements de votre activité sientifique, dans les milieux psychiatriquement intéressants qu'ils ont pour mission d'observer.

Dans la Marine dont je représente particulièrement ici le corps de Santé, une liaison étroite de certains grands services hospitaliers est réalisé depuis l'année qui a précédé la guerre. Grâce à ces relations suivies, l'assistance des malades et blessés nerveux et mentaux a ouvert des salles spécialisées dans les hôpitaux maritimes, des services de consultation de Neurologie, de Psychiatrie et d'Hygiène mentale. Plus récemment les Neuropsychiatres de la Marine ont été appelés à collaborer avec le Commandement à l'organisation de laboratoires et de centres d'application de Psychotechnique, cette science pratique de la sélection des aptitudes professionnelles qui vise, non seulement à éliminer les individus socialement inutilisables, mais à perfectionner les techniques du travail.

Dans l'armée, dont d'éminents représentants m'entourent aujourd'hui, en cette ville qui est un centre d'enseignement médical militaire et de formation scientifique du corps de santé militaire de haute et légitime renommée, l'assistance psychiatrique grâce à vous est aujourd'hui très au point. La spécialisation professionnelle a pu résoudre tous les problè-

mes posés, il y a de longues années déjà, par mon regretté maître, le Professeur Régis qui avait consacré à les étudier une partie de sa puissante activité de novateur ; et tout spécialement celui du dépistage des anormaux, si fréquents parmi les engagés volontaires, les troupes d'Afrique et coloniales et les pénitentiers. Je n'insiste pas sur cette question classique de la Psychiatrie militaire à laquelle plusieurs d'entre vous, aujourd'hui présents, ont apporté d'esssentielles contributions.

J'aurais enfin mauvaise grâce à me substituer à d'autres plus qualifiés, pour rappeler ici avec quelle scrupuleuse attention les Ministères plus directement intéressés encore à vos travaux ont jusqu'ici suivi et encouragé vos recherches scientifiques. Tant de décisions rationnelles et bienveillantes, tant de mesures administratives judicieuses amènent de façon tellement frappante, malgré leur sage lenteur, l'adaptation progressive de notre système d'assistance hospitalière et sociale, aux progrès de la science psychiatrique moderne, qu'il est vain d'insister sur l'importance exceptionnelle des doctrines exposées et discutées dans vos Congrès en ce qui concerne leur aboutissement aux réalisations essentielles qui ressortissent au Ministère de l'Hygiène, du Travail et de la Prévoyance sociale.

Le Ministère de l'Intruction publique est habituellement représenté à nos Congrès par le Doyen de la Faculté, le Professeur J. Lépine, et je préfère saisir l'occasion qui m'est offerte de le saluer ici respectueusement que d'essayer, même de loin, de m'inspirer, dans cette improvisation, de sa vibrante et persuasive éloquence qui est l'ornement et la gloire de nos réunions. Il nous reçoit aujourd'hui, dans cette magnifique et très moderne maison médicale, avec la courtoisie exquise et la cordiale bienveillance si favorables aux recherches intellectuelles et scientifiques. Qu'au nom des délégués français, qui saluent avec gratitude sa haute personnalité, il en soit cordialement remercié par ma voix.

Allocution de M. le Dr G. W. B. James

au nom de la Royal Medico-Psychological Association de Grande-Bretagne

Monsieur le Président,
Eminence,
Messieurs les Docteurs,

J'ai l'honneur de me présenter devant vous comme délégué de l'Association Médicale Psychologique royale de Grande-Bretagne.

Je suis chargé de vous apporter un message amical de la part du Président et des membres de cette association, ils vous envoient les souhaits les plus sincères pour le succès des travaux qui vont être accomplis à ce Congrès.

Permettez-moi d'ajouter à mon point de vue personnel que je me réjouis de me trouver une fois de plus délégué au Congrès.

C'est avec grand plaisir que je reviens dans cette belle ville de Lyon renouveler connaissance avec mes confrères et mes amis.

Allocution du Docteur Vlavianos

Délégué du Gouvernement hellénique et de l'Université d'Athènes

Messieurs les Présidents,
Eminence,
Messieurs les Délégués,
Messieurs les Collègues,

Délégué du Gouvernement hellénique, ainsi que de l'Université d'Athènes, je salue de leur part le Congrès des Aliénistes et Neurologistes français et des pays de langue française.

Elève en Neurologie de la glorieuse Ecole de la Salpêtrière et de Sainte-Anne en Psychiatrie, je m'honore de l'amitié de ces Princes de la Science, et je suis très fier des distinctions honorifiques des pouvoirs helléniques, politiques et scientifiques, qui participent ainsi pour la première fois à ce banquet

intellectuel français, auquel sont conviés aimablement les représentants du monde scientifique des peuples civilisés.

La présence d'autre part dans cette belle ville de Lyon de votre grand homme d'Etat, M. Herriot, que la Grèce adore, comme le représentant de l'esprit français de philhellénisme le plus idéaliste, me rend encore plus heureux, sachant que dans quelques jours il doit être l'animateur de *l'idée Delphique* à Delphes, ce coin de la terre où Pythie prédisait l'avenir et où doit retentir l'hymne d'Apollon et espérons aussi l'hymne d'Esculape, d'Hippocrate et de Galien, si le Bureau présidentiel de ce Congrès veut bien fixer le prochain Congrès en Grèce et spécialement à Delphes.

Je souhaite donc que les fruits de ce Congrès soient aussi abondants et riches pour le bien de l'Humanité et de la Science et la gloire des initiateurs et des participants français et non français mais français de cœur et de mentalité française.

Allocution de M. le Professeur Doyen Donaggio

au nom des Sociétés italiennes de Neurologie et de Psychiatrie

Monsieur le Président,
Eminence,
Mesdames, Messieurs,

Je vous présente l'hommage de la Société italienne de Neurologie et de la Société italienne de Psychiatrie, que j'ai l'honneur de présider et de représenter.

Mes chers collègues français que je salue avec respect et cordialité, m'ont dit que je suis un des fidèles de ces Congrès. Cette définition aimable est aussi exacte, et donne la mesure des sentiments avec lesquels j'interviens à ces Congrès de Médecins aliénistes et neurologistes, si pleins d'intérêt et d'importance, si favorables au progrès des connaissances de la clinique des maladies nerveuses et de la clinique des maladies mentales, de ces deux cliniques qui plus qu'aucune autre clinique, sont obligées d'éclaircir les problèmes fondamentaux de l'anatomie, de l'histologie normale et pathologique, de la physiologie, dans le but de déchirer les voiles du mystère de cet appareil prodigieux qu'est le système nerveux, dans le but de perfectionner avec ces connaissances le traitement rationnel des maladies nerveuses et mentales.

Un an auparavant, souvenir inoubliable, j'ai pris part au Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes à Rabat. Parmi les couleurs éblouissantes, les images de beauté de ce pays merveilleux qu'est le Maroc, nous avons admiré l'effort gigantesque de la France, la rapidité incroyable avec laquelle des villes nouvelles sont nées ; nous avons admiré le chef-d'œuvre d'une organisation médicale et hygiénique parfaite.

Aujourd'hui dans cette ville magnifique de Lyon, encore une fois nous avons l'image de cette puissante vie de la nation française ; dans cette ville où la vie industrielle ne repousse pas la vie scientifique et artistique, où la machine ne cherche pas à tuer l'âme ; dans cette ville où l'activité humaine éclate dans une harmonie tout à fait latine, je désire saluer la Faculté de Médecine en la personne de son Doyen, M. le Professeur Lépine, qui est précisément un neuropsychiatre des plus éminents, un esprit profond, dont je ne pourrai jamais oublier quelques discours exquis, dans lesquels, avec des mots touchants, avec la souplesse et la force d'un humaniste, il exprimait l'affirmation lumineuse de cette latinité, qui unit nos sentiments avec un lien inébranlable.

De cette latinité, la ville de Lyon possède des témoignages précis, je ferai mon pèlerinage à la colline de Fourvière pour voir les débris de l'ancien Forum ; je chercherai dans la campagne les résidus des aqueducs romains de l'ancien Lugdunum. Mais dans mon esprit d'Italien, la ville de Lyon fait réévoquer aussi le souvenir d'une rencontre historique.

Ici se sont rencontrés deux génies, l'un le créateur d'une page immortelle d'histoire ; l'autre l'inventeur d'un appareil qui est une conquête immortelle de la science et qui devait révolutionner la vie. L'un, Napoléon Bonaparte ; l'autre, un savant italien, Alexandre Volta.

Ici, à Lyon, pour la première fois ils se sont rencontrés ; ici, pour la première fois, Napoléon a vu l'appareil magique du savant italien, la pile de Volta. Vis-à-vis de cette découverte scientifique, quelle conflagration de sentiments, de pensées, de prévisions, des problèmes dans le cerveau énorme de celui qui devait être le vainqueur de cent batailles. Mais je pense que l'un et l'autre, celui qui après chaque victoire sur le champ de bataille pleurait sur les morts et sur les blessés, et l'autre, le savant plongé dans la sérénité de la recherche scientifique, en se regardant ici, à Lyon, dans les yeux, peut-être auront senti surgir dans leurs cœurs l'espoir, qui ne peut pas

encore devenir réalité, cet espoir que nous ne voulons pas abandonner, l'espoir que la science puisse un jour contribuer à donner à l'humanité la possibilité d'une vie qui ne soit pas si orageuse et sanglante, puisse modifier cette loi qui semble inexorable, de la souffrance humaine.

Monsieur le Président, Eminence, Mesdames, Messieurs, avec ces souvenirs, avec ses sentiments, je salue la noble ville de Lyon ; je salue la grande nation française.

Allocution de M. le Docteur Hansen
Délégué du Gouvernement Grand-Ducal

Monsieur le Président,
Mesdames,
Messieurs,

Les impressions précieuses et charmantes que j'ai rapportées de nos Congrès passés me font largement estimer la faveur qui m'échoit en délégué du Grand-Duché de Luxembourg, de pouvoir présenter aux honorés membres de notre assemblée les plus fervents vœux de prospérité. Deux des citoyens distingués de l'intéressante ville de Lyon qui nous réunit aujourd'hui ne sont pas des inconnus dans le Luxembourg. M. Edouard Herriot, le sympathique maire de la ville et M. le Professeur Lépine, Doyen de la Faculté de Médecine. Leur activité et leur mérite avérés pour propager la science sont gravés dans notre mémoire et je me fais le porte-voix de tous mes confrères compatriotes pour leur offrir ainsi qu'à tous les nobles pionniers de la science française, les hommages de notre profonde reconnaissance. Avec mon Gouvernement j'apprécie les avantages indubitables du contact régulier avec les confrères de nations plus importantes ainsi qu'avec les sommités de la Neuro-Psychiatrie française. Le champ plus étendu de leur activité qui permet de varier et de multiplier les expériences les met à même de faire progresser la science au grand profit de l'humanité souffrante.

Allocution du Docteur de la Bretoigne du Mazel
Délégué de la Direction et de l'Hygiène publique du Maroc

Désigné par le Directeur de l'Assemblée de Rabat pour représenter le Maroc à cette 38e session du Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de lan-

gue française, je suis chargé de transmettre de cordiales salutations, des vœux, des souvenirs reconnaissants à tous ceux, qui, lors de notre session marocaine de l'année dernière, avaient fait l'honneur et la joie de votre présence.

Les sentiments et les souhaits dont je suis le messager sont particulièrement chaleureux à l'adresse de notre cher Président, M. Lagriffe, notre vice-président, M. Charpentier, à tous les délégués étrangers dont la visite a laissé un précieux et si vivant souvenir.

A tous je suis chargé de dire que les membres du Congrès de 1933 ont été au Maroc pour un temps trop court à notre gré.

Ce n'est pas sans émotion que je me retrouve dans cette Faculté de Lyon, où je subissais, il n'y a pas très longtemps, une dernière épreuve devant le Maître qui nous accueille en ce moment-ci. Je ne reconnais pas les murs de la vieille Faculté, mais je retrouve avec bonheur, sans changement, notre jeune maître d'autrefois, dans cette maison, où suivant les vœux de son esprit tout parle de discipline et de perfection ; que M. le Doyen Jean Lépine, me permette comme à l'un de ses premiers élèves, de lui apporter ma reconnaissance et mon admiration.

Sous de tels auspices, dans un tel cadre, devant cette assemblée, est-il besoin de souhaiter à ce Congrès un succès garanti? En cette séance inaugurale saluons la belle et bonne ville de Lyon si bien représentée et réjouissons-nous de nous y retrouver réunis.

Allocution de M. le Professeur Elysio de Moura

Représentant les Neuro-Psychiatres portugais

Monsieur le Ministre,
Eminence,
Monsieur le Président du Congrès,
Mesdames, Messieurs,

Je ne peux par garder le silence et, en prenant la parole à mon tour, dans la présente et si brillante solennité, j'éprouve à la fois, un sentiment de juste fierté et de timidité.

C'est que, dans une langue qui n'est pas la mienne, j'ai l'impérieux et honorable devoir de vous offrir les meilleurs

saluts de l'Université de Coïmbra. Je tiens à exprimer ici toute sa reconnaissance pour l'aimable et flatteuse invitation à se faire représenter officiellement, comme par le passé, à la XXXVIII[e] session du Congrès des Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française.

Fidèle adhérent des réunions annuelles de ce Congrès, ce m'est un très vif plaisir de constater qu'il a bien le droit de s'enorgueillir de marcher fermement vers ses destinées, c'est-à-dire, vers l'avancement de la Neurobiologie, par la conjonction harmonique des efforts des psychiatres et des neurologues dont l'union scientifique, désormais indéfectible, s'avère de plus incontestable utilité.

Je me fais un devoir de profiter du privilège qui m'est dévolu de participer comme délégué de l'Université de Coïmbra à cette séance d'inauguration, pour rendre un hommage ému à la mémoire des célèbres figures disparues de la médecine lyonnaise, dont les travaux universellement connus, ont fait rayonner avec tant d'éclat la renommée de la France à travers le monde, ont eu une considérable influence sur les doctrines médico-chirurgicales de leurs époques et ont enrichi précieusement le patrimoine commun de l'humanité.

En la personne de M. le Professeur Jean Lépine. éminente individualité, héritier d'un nom inoubliable qu'il porte si dignement, Doyen depuis 14 ans d'une Faculté notable à tant de titres et qu'il a si grandement illustrée, j'ai l'honneur de saluer la médecine lyonnaise de l'actualité, tout à fait à la hauteur de ses séculaires traditions, pleines de gloire.

Mesdames, Messieurs,

La session de 1934 qui va tenir ses assises dans ce fameux centre d'études médicales, très ancien et toujours florissant, dans cette antique et noble cité, grande dans tous les domaines de la féconde et bienfaisante activité humaine, ardemment éprise de progrès, cette session, disais-je, connaîtra un succès grandiose et fera une suite heureuse et magnifique à ses devancières.

C'est mon vœu et mon espérance : vœu chaleureux, espérance légitime. Que ce vœu d'un cœur ami soit rempli d'une façon qui surpasse tout espoir !

ALLOCUTION DE M. LE PROFESSEUR BING

au nom des Sociétés suisses de Psychiatrie et de Neurologie

Au Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française, j'apporte le salut et les vœux des Sociétés suisses de Psychiatrie et de Neurologie, dont la première est une des plus anciennes sociétés médicales de notre pays, tandis que la seconde n'a que 25 années d'existence.

Depuis sa fondation, dont j'ai eu l'honneur de prendre l'initiative, la Société suisse de Neurologie a considéré comme un de ses buts principaux d'assurer à la Neurologie une vie autonome dans notre pays et au sein de ses Universités, en répudiant aussi bien la tutelle de la clinique médicale que de la psychiatrie, mais elle a recherché avec non moins d'ardeur une étroite collaboration avec nos collègues les Aliénistes, et nos relations ont toujours été empreintes d'une parfaite cordialité. Notre participation officielle aux Congrès où fraternisent les Aliénistes et les Neurologistes n'a jamais eu le caractère d'une banale formalité, mais a toujours correspondu au penchant de notre cœur et à nos traditions les plus chères. Nous avons aussi conscience de tout ce que nous devons en particulier à la Neurologie et à la Psychiatrie françaises, à cet esprit français de probité, de clarté, de mesure, de recherche passionnée, de stricte discipline intellectuelle, à cet esprit français qui a contribué pour une si large part à l'appoint que les Neurologistes et les Psychiatres suisses ont pu apporter au patrimoine international de leurs sciences.

Pour ma part, élève d'un des plus illustres professeurs de la Salpêtrière, je reste lié à la France et à sa civilisation si profondément humaine par un vieil et indéfectible attachement.

Je suis reconnaissant à la Faculté de Lyon, à mon éminent ami, le Professeur Lépine, pour la sympathie qu'ils ont toujours portée aux Facultés suisses et notamment à leur voisine de Genève, et je m'estime heureux d'avoir été désigné aujourd'hui pour exprimer nos sentiments d'admirative gratitude.

Discours inaugural de M. le Docteur LAGRIFFE, Président de la XXXVIII[e] Session du Congrès

Monsieur le Président (1),

Permettez-moi de vous remercier du très grand honneur que vous avez bien voulu nous faire de présider la séance inaugurale de la XXXVIII[e] session du Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française.

Laissez-moi, surtout, vous marquer toute notre gratitude pour l'intérêt que vous voulez bien prendre, d'abord à notre œuvre, ensuite à nos travaux.

Votre présence ici nous introduit, magnifiquement, dans cette ville de Lyon à laquelle vous donnez, depuis de longues années déjà, tout votre travail et toutes vos forces, avec un sens averti, avec un dévouement qui font, du troyen que vous êtes, un grand Lyonnais, un très grand Lyonnais.

Le lieu même où nous sommes aujourd'hui réunis en porte le témoignage. Alors que les palais ne manquent pas à Lyon, alors que l'architecture civile y a marqué son empreinte aux XVI[e], XVII[e], XVIII[e] et XXIX[e] siècles avec Philibert de l'Orme, Désargues et Lemercier, Jules Hardouin Mansart, Soufflot, Chenavard, Baltard, vous avez tenu à ce que celle du XX[e] n'y manque pas. La nouvelle Faculté de Médecine qui nous reçoit, pour la première fois, porte la preuve de votre sollicitude, toujours agissante, en faveur de l'accroissement matériel, intellectuel et scientifique du « *Chef de la Gaule celtique* ».

Et je vous remercie, Monsieur le Doyen, de nous avoir gracieusement offert, dans cette demeure, où votre nom restera justement attaché, une hospitalité qui sera, je pense, féconde

---

(1) M. E. HERRIOT, Ministre d'Etat, Maire de Lyon.

en raison de l'émulation que ne manquera pas de nous donner le voisinage des ruches actives où continuent de s'élaborer les travaux qui ont fait la juste gloire de l'Ecole aux destinées de laquelle vous présidez.

Ce succès que nous escomptons, nous le devrons aussi, d'abord, à la bienveillance de toutes les personnalités de la ville de Lyon et du département du Rhône qui ont bien voulu, en acceptant de figurer dans notre Comité d'honneur, sous le haut patronage de M. le Président de la République française, nous servir de répondants ; nous le devrons ensuite à l'activité de notre secrétaire général permanent, M. le Professeur Pierre Combemale, qui remportera ici sa première victoire, à la diplomatie et au goût de M. le Professeur agrégé Dechaume, qui a bien voulu, après la féerie du Maroc, assumer la charge, souvent ingrate, de secrétaire annuel, vous verrez avec quelle réussite ; ce succès, nous le devrons enfin, je devrais dire surtout, à nos rapporteurs, M. le Dr Repond (de Lausanne), M. le Dr Meignant (de Nancy) et notre bon collègue Desruelles (de Saint-Ylie).

Et je vous remercie, mes chers collègues, du très grand et, sans doute, trop grand honneur que vous m'avez fait en me désignant pour présider le Congrès de Lyon. Vous auriez pu, vous auriez dû, choisir, pour vous diriger dans cette deuxième capitale de la France, un personnage plus représentatif et plus connu.

Je suis confus que vous en ayez décidé autrement. Je vous en exprime toute ma gratitude et je suis assuré que votre indulgence ne me tiendra rigueur ni de mon insuffisance, ni de mes inperfections.

Messieurs les Délégués étrangers,

La fidélité que vous marquez à nos Congrès vous agrège tellement à nous que nous avons pris l'habitude de vous saluer en bloc, comme on salue des parents très chers qui se réunissent périodiquement pour régler des questions de famille.

A tous je souhaite la bienvenue et je vous demande de transmettre à vos Gouvernements, à vos Sociétés notre respectueuse gratitude et nos remerciements pour s'être fait représenter à notre Congrès.

Cependant, vous voudrez bien me permettre de profiter

d'une heureuse coïncidence pour m'adresser, d'une façon plus particulière, à S. E. M. le Consul général de S. M. le Roi d'Italie et à M. le Commandeur Donaggio, Doyen de la Faculté de Médecine de Modène, délégué des Sociétés italiennes de Neurologie et de Psychiatrie.

Il y a eu cent trente-deux ans le 26 janvier dernier, pendant le Congrès d'Amiens, tout près d'ici, à l'Eglise Saint-Nizier, si mes déductions sont exactes, le premier Consul Bonaparte fut proclamé Président de la République italienne.

Excellence, M. le Doyen, je suis heureux de rappeler cette circonstance où je vois la première manifestation d'une union de cœur et de race entre l'Italie et la France, ainsi que la première ébauche de ce rêve, presque millénaire, d'une unité italienne qui ne s'est pleinement réalisé que plus tard.

Elle était toute indiquée pour cette investiture cette ville de Lyon qui autrefois, capitale de la Gaule romaine, faisait figurer, sur le revers de ses monnaies, entre ses deux renommées, porteuses de palmes, l'autel de Rome et d'Auguste.

La valeur et la signification du mysticisme à propos de l'âme lyonnaise

Eminence,
Mon général,
Mesdames, Messieurs, mes chers confrères,
Mes chers collègues,

Nous voici donc dans cette ville de Lyon où il y a longtemps que nous voulions revenir, car le Congrès des Médecins Aliénistes s'y était déjà réuni, lors de sa seconde session, en 1891, sous la présidence de Bouchereau, l'habile médecin de Sainte-Anne, avec, comme secrétaire général, Albert Carrier.

Cette visite, que nous souhaitions, avait été remise d'année en année, pour diverses raisons devant lesquelles nous devions nous incliner parce qu'elles étaient péremptoires. Il fallait cela, car, je prie les Lyonnais de croire que nous n'avons jamais ajouté foi au mal que certains ont dit de leur ville et de sa région.

*
**

Pour ne pas remonter trop loin, Roland de la Platière, inspecteur du commerce et des manufactures du Royaume, dit que « de toutes les provinces de France, le Lyonnais est la plus misérable » (1). Roland ? Oui, le mari de Mme Roland.

Young, ce voyageur anglais qui parcourut toute la France de 1787 à 1789 et qui est précieux à ceux qui veulent connaître la situation économique exacte de notre pays à la fin de l'ancien régime, ne va-t-il pas jusqu'à reprocher à la ville de Lyon de n'être pas construite exactement au confluent du Rhône et de la Saône ? (2).

Chateaubriand, qui savait pourtant embellir les paysages comme un portraitiste flatte ses modèles, n'en rapporta que des souvenirs encore plus terre à terre ; il n'en marque, dans une lettre à Joubert, que ceci : « L'on nous fait si prodigieusement manger que j'ai à peine le courage de sortir de cette ville » (3). Mais, ceci est déjà mieux et plus juste.

Si nous passons à Stendhal (4), c'est peut-être pire ; cependant, je vous demande d'y passer et de vous y arrêter parce que c'est lui qui nous donnera, pour la première fois, les possibilités d'entrevoir qu'en définitive Lyon a toutes les qualités de ce que l'on dit être ses défauts.

D'abord, comme Chateaubriand, il ne connaît qu'une chose que l'on fait très bien à Lyon : « On y mange admirablement et mieux qu'à Paris ; les légumes y sont, surtout, divinement apprêtés ». Je ne sais pas pourquoi, mais je crois que, en cette matière, Stendhal est un juge bien plus croyable encore que Chateaubriand ; il me paraît qu'il s'y connaissait et, comme c'était un personnage très difficile, qui a été sévère pour tout et pour tous, quand il dit qu'une chose est bonne, il faut vraiment qu'elle ait été telle.

En dehors de quoi, malgré un long séjour, il n'a guère vu, sur les bords du Rhône, que le souvenir de Mme Roland, qui était de Paris, qui fût le premier de nos bas-bleus politiques et à qui il n'a manqué que de vivre pour fréquenter, sous l'Empire, les « Augures » de Coppet. Stendhal n'a donc vu que ce souvenir et l'esprit « canut ». Mais, voilà, les qualités qui apparaissent, autres que celles du bien manger ; qu'est-ce

---

(1) *Journal de Physique*, t. XXXVI, p. 342.
(2) Art. Young. — *Voyage en France.*
(3) Chateaubriand. — *Mémoires d'outre-tombe.*
(4) Stendhal. — *Mémoires d'un touriste.*

donc, pour Stendhal, que l'esprit « canut » ? C'est « l'habitude de dépenser moins qu'on ne gagne et la crainte de tout ce qui est extraordinaire ». C'est, aussi, « être susceptible d'un enthousiasme qui peut durer jusqu'à deux mois, alors que celui de Paris dure six heures ». Mais, ceci n'est déjà pas si mal.

Pourtant, il y a une autre chose, qu'il n'a dite que de seconde main, mais dont il aurait pu s'aviser lui-même, sans l'aide et le secours du Cardinal Consalvi : Lyon est « la ville croyante par excellence ». S'il ne s'en est point avisé tout seul, ce n'est pourtant pas faute d'ascensions répétées à Fourvière, un Fourvière que nous n'avons pas connu, mais qui était déjà plus qu'en puissance, puisque Fourvière est la montagne sacrée de Lugdunum. Pour Stendhal la croyance comptait peu. C'est dommage, car s'il avait rapproché l'expression du Cardinal Consalvi de ses propres remarques, il aurait, bien avant Michelet, Joséphin Soulary et Alphonse Daudet, bien avant M. Edouard Aynard, indiqué les deux caractéristiques de Lyon : le mysticisme et l'activité.

En effet,

« Lyon retient de même en ses bras maternels
« Deux jumeaux s'exécrant comme ennemis mortels,
« L'un se nomme Travail et l'autre Rêverie. »

L'idée exprimée dans ces vers exécrables de Joséphin Soulary demandait, pour être traduite d'une façon élégante, un plus haut poète qui s'est trouvé être cet admirable prosateur qu'est Michelet. Seul, Michelet a pénétré le secret de Lyon qu'il symbolise dans la montagne mystique, Fourvière, et la montagne qui travaille, la Croix-Rousse (1). Et ceux qui l'ont suivi n'ont pu que paraphraser ce symbole, toutes les fois qu'ils ont voulu définir et évaluer « cette race emportée et froide, « au caractère de volonté et de mélancolique exaltation », comme dit Alphonse Daudet (2).

C'est toujours là l'impression que donnent ceux de ses enfants qui ont marqué dans l'histoire : association de deux tendances, de deux manières d'être qui, peut-être, hurleraient

---

(1) Cité par Henry Cochin *in* Ozanam. — *Le livre du centenaire*, Paris, 1913.
(2) Alph. Daudet. — *L'Evangéliste.*

ensemble tout autre part et qui se retrouvent même chez cette sage Juliette Récamier que M. Herriot nous montre « rêvant en pleine action ou, au contraire, agissant comme en plein rêve, pour revenir toujours à la raison » (1), suivant que se succédaient les heures roses et les heures grises, comme dans la chanson de Xavier Privat.

Or, cette association contrastée se rencontre dans toutes les conditions : M. Auguste Isaac (2) montre qu'à l'âme lyonnaise, pratique et mystique, correspond, sur un autre plan, l'esprit lyonnais, goguenard et méfiant ; ce qui permet à Melchior de Vogüé, grattant le canut, non pas celui de Stendhal, mais le vrai canut, de trouver « un idéaliste incorrigible » (3).

C'est pourquoi, peut-être, « le terroir où se sont implantées les facéties de Guignol n'est pas très distant de celui où se développe le Curé d'Ars » (4).

Quoi d'étonnant à ce fait ? Lyon est une ville de marche, à la limite du pays d'Empire et du Royaume, au confluent de la Savoie, du Dauphiné, de l'Allemagne, de la Suisse, de l'Italie ; de l'Italie surtout, qui, jadis divisée, lui envoya des exilés imprégnés de l'esprit contagieux de la pré-renaissance. Qui dira ce que la Pléïade et l'Ecole de Ronsard doivent à Pontus de Tyard, à Maurice Scève, surtout à Louise Labé, la Belle Cordière, autant qu'à Pernette du Guillet, dame gentille et vertueuse ? Ce qui place Lyon, ainsi que l'a dit Brunetière (5), à l'origine de l'émancipation du génie féminin et qui en fit, véritablement, la capitale intellectuelle et poétique de la France, dès le début du XVI[e] siècle.

Mais, ce rôle de Lyon, au XVI[e] siècle, n'est que passager ; c'est là un rôle de trop d'optimisme ; l'optimisme est une mauvaise préparation pour qui cherche la victoire et il semble bien, comme le fit pressentir Nietzsche (6), que les réussites de l'optimisme ne sont que précaires et constituent même un des symptômes du déclin de la force. Effectivement, ce qui a fait à Lyon « cette âme ardente et, peut-être, un peu triste qui la recommande à notre respect, ce sont de grandes dou-

---

(1) E. HERRIOT. — *Juliette Récamier et ses amis.*
(2) *In* Jules TROCCON. — *L'âme lyonnaise.*
(3) M. DE VOGÜÉ. — *Les Lyonnais en Chine.*
(4) Emile BAUMANN. — *In L'âme lyonnaise* de Jules TROCCON.
(5) BRUNETIÈRE. — *Histoire de la littérature française classique.*
(6) NIETZSCHE. — *L'origine de la Tragédie.*

leurs et de nombreux mécomptes » (1). Ce sont les échecs et les malheurs qui, aux peuples fervents, donnent la sagesse. Aujourd'hui, comme autrefois, la Roche Tarpéienne est près du Capitole : l'optimiste, pour qui tout a réussi, qui croit que tout doit, toujours aussi, lui réussir, disposé à ne plus faire les efforts nécessaires pour éviter des déconvenues, se ménage, trop souvent, des désastres pour le lendemain. Je n'en veux pas citer des exemples dans l'histoire contemporaine, de la France elle-même et des Etats-Unis d'Amérique ; mais, il semble bien vrai que « le monde de la souffrance est nécessaire pour que, par lui, l'individu soit poussé à la création de la vision libératrice » (2), vision peut-être moins accessible au logicien implacable qu'au sage.

C'est, semble-t-il, ce manque d'optimisme intempestif qui serait à l'origine, une origine très ancienne, du mysticisme lyonnais. Je dis manque d'optimisme *intempestif* et je ne dis pas pessimisme : le pessimisme n'est qu'une attitude négative, un sentiment déraisonnable qui ne peut aboutir, grâce à une diminution progressive de l'activité, qu'à un fatalisme incompatible avec tout effort en vue d'une résistance au mal. Bien au contraire, le mysticisme apparaît comme un élan d'évasion qui se manifeste chez ceux qui, par crainte de tomber dans le pessimisme, cherchent, en dehors d'eux et en dehors du monde matériel, une explication, un appui, un réconfort, un refuge. Il est la manifestation d'une curiosité, par un élan de l'intérieur vers l'extérieur, « un bond hors de la nature sensible », ainsi que le dit M. Bergson (3), et il aboutit à une prise de contact avec l'effort créateur qui manifeste la vie.

Certes, il y a des degrés dans le mysticisme et cet aboutissement dont parle M. Bergson n'est pas le lot de tous : *non licet omnibus adire Corinthum,* mais, l'essentiel est que, même sans aller jusque-là, il produit une détente, une libération, temporaire, mais, féconde.

Encore faut-il que les élans qu'il suscite ne soient pas brisés. L'antiquité a connu des mysticismes qui se sont avancés assez loin, mais qui, cependant, n'ont pu s'accomplir. Il n'y a, pour être complet et pour atteindre son but, que le mysticisme

---

(1) E. Herriot. — Préface à *Travailleurs et métiers lyonnais,* de M. J. Godard.
(2) Nietzsche. — *L'origine de la Tragédie.*
(3) Bergson. — *Les deux sources de la morale et de la religion.*

chrétien. C'est celui qui a achevé de donner à l'âme lyonnaise un de ses caractères particuliers.



Mais, en somme, qu'est-ce que le mysticisme ? Il est non seulement difficile, mais même délicat de le définir. Cependant, malgré qu' « Il n'y a pas de plus notable folie au monde que de ramener les choses qui dépassent notre entendement à la mesure de notre capacité et insuffisance » (1), je vais m'y efforcer.

On pourrait définir le mysticisme un état d'esprit qui permet à la pensée de s'élever vers un but situé au-delà du monde sensible ; élévation qui se traduit par le « bond hors de la nature » de M. Bergson et qui établit, suivant l'expression de Charles Andler, « une relation entre nous et l'essence des mondes », c'est-à-dire, pour employer la terminologie religieuse, entre nous et Dieu.

Le mysticisme n'est pas un phénomène exceptionnel, ni même anormal : il est naturel, il est humain ; il découle de « cet instinct religieux qui a été donné à l'homme comme un instinct compensateur pour le protéger contre des forces d'auto-destruction », dit M. André Blondel (2), pour le libérer, au moins momentanément, des préoccupations matérielles en l'élevant ; enfin, pour le défendre contre cette « peur originelle » que M. Hermann de Keyserling (3) met au premier rang des préoccupations instinctives de l'homme. Il est donc, non seulement primordial, mais encore originel dans la mentalité humaine (4).

Seulement, le mysticisme comporte des degrés et si nous réservons, ordinairement, la qualification de mystiques à quelques très hauts personnages, seulement, c'est parce que nous avons pris l'habitude de n'en considérer que les formes les plus élevées, les plus parfaites et de traiter comme quantité négligeable les degrés frustes et primaires. Si l'on passe de ces formes primaires aux plus élevées, on voit que celles-ci ne sont pas autre chose qu'une pénétration intellectuelle,

---

(1) MONTAIGNE. — *Les Essais.*
(2) *In* enquête du *Figaro* sur Le sentiment religieux et la science.
(3) KEYSERLING. — *La vie intime.*
(4) Denis SAURAT. — *Histoire des religions.*

d'une qualité tellement supérieure qu'elle en devient, pour ainsi dire, supranaturelle.

C'est ainsi que l'ont entendu tous ceux qui, favorisés de ce don de pénétration, ont été amenés à s'expliquer sur ce qui apparaissait comme étant en dehors de la raison. Par exemple, Joachim de Flore, interrogé, à Rome, par Adam de Persenné, répondait que son don n'était ni de prophétie, ni de conjecture, ni de révélation, mais que Dieu lui avait donné l'esprit de l'intelligence. C'est ce que M. Eugène Anitchkof (1) appelle, fort justement, le don de pénétration intellectuelle et Guillaume d'Auvergne « un état de conscience supérieur à la raison » (2).

Ceux qui ont été ainsi doués de ces grâces élevées du mysticisme, n'y sont parvenus qu'au prix d'un tel effort de perfectionnement, émanant d'eux-mêmes ou d'une puissance supérieure, qu'ils donnent l'impression d'avoir, pour ainsi dire, rompu une digue, celle qui assigne ses limites aux efforts humains. Leur puissance vitale en est accrue et, parce qu'ils n'en sont arrivés à se stade qu'aux dépens d'une abnégation totale d'eux-mêmes, au point de traiter, comme Turenne, leur corps de « carcasse », les barrières qui bornent l'activité des individus moyens s'effondrent. Leur audace, leur énergie, leur pouvoir deviennent tels que rien ne leur paraît plus impossible ; ils en arrivent, alors, à accomplir des actes et à réaliser des choses qui semblent au-dessus des forces humaines, mais qui ne sont qu'au-delà et qui font que le monde et les siècles en restent magnifiquement étonnés.

Ceci n'est pas vrai, seulement, dans l'ordre spirituel et l'on peut mettre, en regard de l'action purement religieuse d'un saint Paul de Tarse, d'une sainte Thérèse d'Avila, les gestes d'une Jeanne d'Arc qui reprend une armée, qui la conduit et qui réalise des miracles.

C'est en considération de ces faits que M. Bergson en est arrivé à cette conclusion, qui pourrait sembler paradoxale, que la mystique est d'autant moins en opposition avec le progrès qu'elle conditionne la mécanique, le machinisme, l'industrie, en un mot.

La mécanique, en effet, prolonge et agrandit le corps

---

(1) E. Anitchkof. — *Joachim de Flore et les milieux courtois*, 1931.
(2) Guillaume d'Auvergne. — *De virtutibus.*

humain, considéré comme potentiel. Elle l'agrandit, non pas tant pour accroître son travail propre que pour le faciliter, pour le simplifier, pour lui permettre d'accomplir en moins de temps et moins péniblement des besognes qui, autrefois, exigeaient une plus grande dépense d'énergie étalée sur un plus long temps. La puissance spirituelle de l'homme, son pouvoir métaphysique, comme aurait dit Renan, doit en être accru, proportionnellement à l'agrandissement des possibilités matérielles, ce sans quoi il résulterait une disproportion, un vide. Ce vide, sorte de vacance, de loisir, on a cherché et on cherche encore à le remplir, par tâtonnement en quelque sorte, avec des préoccupations d'ordre politique, d'ordre social. Mais, la solution ne serait-elle pas de le combler avec des préoccupations d'ordre moral ?

Il ne semble pas, en effet, que le but du mécanisme, de l'industrialisation soit uniquement l'étude et la solution de problèmes d'ordre matériel ; il apparaît, au contraire, que son but est l'agrandissement moral des individus, son élargissement, par une sorte de généralisation, de vulgarisation du mysticisme ; que ce but est de profiter de ce vide, de ces loisirs pour « faire oraison », comme disait M. Duclaux (1), l'oraison, « toilette quotidienne de l'esprit » (2).

Des essais, dans ce sens, ont été tentés chez certains peuples auxquels on s'est efforcé d'imposer une sorte de mysticisme de complément ou d'accompagnement, mysticisme de race qui tend à revêtir un caractère d'impérialisme. Mais, ce mysticisme n'est pas du mysticisme vrai, c'est plutôt, pour employer notre langage d'aliénistes, du paramysticisme, car il demeure particulier, local, qu'il ne peut, par conséquent, avoir une influence féconde sur l'élévation de l'esprit, en vue d'une amélioration morale de l'humanité. Ce paramysticisme-là doit être considéré comme une solution d'attente, de détente, de défense aussi, mais il ne nous paraît, en aucune façon, pouvoir conserver, pendant un long temps, la valeur dynamique qu'il peut avoir montrée au début. Si cette sorte de mysticisme veut garder sa force et sa valeur, il faut qu'il s'élève sur un plan supérieur, qu'il s'élargisse, qu'il se spiritualise, parce que, comme

---

(1) M. Duclaux, Supérieur de St-Sulpice, disait, en parlant des députés loquaces de la Monarchie de Juillet : « On voit bien que ces hommes-là ne font pas oraison. »

(2) Léon Daudet. — *Le stupide* XIX[e] *siècle*.

le dit M. André Tardieu, « les seuls concepts créateurs d'action, sont ceux qui ont un caractère d'universalité » (1).

C'est ce caractère, nécessaire, d'universalité qui marque la différence existant entre le mysticisme et l'utopie. L'utopie n'a, comme base, qu'une idée, une idée préconçue, dont, parce que préconçue, la valeur d'impulsion est nulle. C'est pourqoi on en arrive à comprendre combien Napoléon avait raison de se défier des idéologues et de ne pouvoir les supporter ; ceux-ci, qui représentaient la queue des utopistes de la fin du XVIII[e] siècle et de la Révolution, « démolirent tout et n'édifièrent rien » (2), leurs hypothèses, leurs velléités n'aboutirent pas et leur type le plus représentatif, quoique repentant, restera Sieyès, l'homme des constitutions mort-nées.

Au contraire, ce qui frappe, chez les grands mystiques, c'est « le goût de l'action, la faculté de s'adapter et de se réadapter aux circonstances, la fermeté jointe à la souplesse, le discernement prophétique du possible et de l'impossible, un esprit de simplicité qui triomphe des complications ; enfin, un bon sens supérieur » (3).

Certes, nous voici bien loin de conceptions qui furent, autrefois, en faveur dans les milieux, surtout scientifiques, où dominait une sorte de matérialisme exclusif ; où ce qui n'était pas expliqué était considéré, non pas même comme inexplicable, mais, comme inexistant ; où les faits spirituels étaient traités comme quantité négligeable et, même, comme étant de qualité pathologique, par des penseurs qui faisaient « de leur intelligence la mesure des possibles » (4).

Cela peut s'expliquer : on trouve, en effet, chez les mystiques, des phénomènes d'ordre pathologique et l'on rencontre des mystiques parmi les aliénés.

Evidemment, les mystiques, comme tous les hommes, ont des moments de faiblesse et même des états de faiblesse. Chez l'homme le plus éminent « à côté des gestes magnanimes, il y a des lacunes. On ne doit pas profiter de cela, comme l'ont fait de vilains médecins légistes, pour expliquer le génie par des souillures » (5).

---

(1) André TARDIEU. — *L'heure où nous sommes*, Conférence du 19 janvier 1934.
(2) Paul DE CASSAGNAC. — *Napoléon pacifiste*, 1933.
(3) BERGSON. — *Les deux sources de la morale et de la religion.*
(4) J.-J. ROUSSEAU. — *Les Confessions.*
(5) Giovanni PAPINI. — *Dante vivant.*

En dehors des manifestations nerveuses périphériques, d'ordre plus ou moins organique, on rencontre, chez les mystiques, qui n'en ont pas fait mystère, des manifestations d'ordre psychique, telles que les extases, les visions, les ravissements ; mais, ces manifestations apparaissent chez eux non pas comme anormales, mais, comme supranormales, car, elles représentent une façon, seulement inhabituelle, de recueillement, en vue de se déterminer. Leurs visions ne sont pas des hallucinations, mais des évocations, en quelque sorte, et, dans tous les cas, elles ne sont pas suivies par des élucubrations incohérentes, ni par une systématisation étroite.

Ces manifestations d'ordre psychique ne sont que des étapes, des « incidents de la route », comme dit M. Bergson. Cependant, le passage de la vie habituelle à la vie mystique ne peut pas se faire sans un bouleversement, une agitation des profondeurs obscures de l'âme qui permet la remontée à la surface, dans le conscient ou le demi-conscient, de sentiments, d'émotions refoulées ou oubliées qui s'extériorisent ; mais, qui, au lieu de rester isolées, comme les hallucinations pures, se combinent et s'arrangent en vue d'un équilibre supérieur.

D'ailleurs, l'hallucination n'aurait aucune signification pathologique puisqu'elle aboutirait à des déterminations marquées au coin de la plus haute sagesse, pour des œuvres durables et fécondes. Ces phénomènes ne sont, en quelque manière, que des illuminations passagères qui jalonnent la route comme ces éblouissements que l'on ressent lorsqu'on veut arriver trop vite à un sommet. Quoiqu'il en soit, l'hallucination, qui ne serait ni primitive, ni secondaire, mais incidente, ne fait pas partie du mysticisme, pas plus que les troubles nerveux. Sainte Thérèse d'Avila (1), exprime bien le dédoublement qui s'opère chez les mystiques entre le corps et l'âme : celui-là peut être débile, malade, il n'exerce aucune influence sur celle-ci. Somme toute, c'est bien, comme le dit Keyserling, « l'âme qui fait de l'homme un homme ».

Il n'y a donc pas une pathologie spéciale aux mystiques ; ceux-ci peuvent, seulement, être malades comme les non-mystiques.

Il nous reste à examiner, maintenant, le deuxième terme de notre proposition : on rencontre des mystiques parmi les aliénés.

---

(1) Sainte Thérèse d'Avila. — *Château intérieur.*

Ces mystiques sont de deux sortes : les uns sont atteints de délire religieux, les autres présentent, au cours d'un autre délire, des idées mystiques ou religieuses.

Le délire mystique est essentiellement caractérisé, du point de vue psychologique, par un zèle outré pour les idées et les pratiques religieuses, zèle entretenu par des scrupules incessants à propos des actions les plus simples de la vie. Les malades qui sont atteints de cette forme trouvent un aliment à leurs conceptions mystiques dans les hallucinations. Ils se proposent pour but, soit d'expier des fautes imaginaires ou exagérées, soit de racheter les péchés des autres par des souffrances ou des mortifications.

A la limite, le délirant mystique en arrive aux idées de grandeur et d'immortalité, se croit envoyé de Dieu qui, parlant par sa bouche, l'appelle à réformer la religion ; il en est même qui en sont amenés à se croire Dieu lui-même. Mûs par l'orgueil, ils finissent par l'orgueil.

Les idées mystiques ou religieuses peuvent apparaître, secondairement, au cours des psychoses systématisées. Là, elles s'incorporent, à titre épisodique, à un ensemble clinique où la mysticité est précédée d'une évolution pathologique qui n'est, elle, ni religieuse, ni mystique.

Il ne s'agit là, en réalité, que de la caricature du mysticisme, d'un faux mysticisme. Chez le vrai mystique, il n'y a aucune espèce de zèle outré ni de scrupule, aucune trace, non plus, d'ostentation; mais, simplement, ce qui n'est pas la même chose, un désir permanent de perfection, surtout personnelle, très humble, joint à une remarquable simplicité de vie, sans cette recherche théâtrale de mortifications que l'on rencontre chez les délirants mystiques dont tous les gestes veulent être une critique du comportement des autres. Le délirant mystique donne des ordres, alors que le mystique vrai ne donne ou ne cherche à donner que l'exemple et, quelquefois à peine des conseils et plutôt des directives.

« On ne doit », dit sainte Thérèse, « faire aucun cas de ce que disent des personnes qui ont l'imagination débile ou qui sont atteintes de mélancolie, quand bien même elles affirmeraient voir, entendre, comprendre. Il faut, simplement, les écouter comme des personnes malades ».

Par ailleurs, jamais un mystique ne s'est comparé ou assimilé à Dieu. Lorsque, après une extase ou un épisode contemplatif, il retombe, en quelque sorte, sur la terre, il redevient

ce qu'il était avant, sans étonnement, sans éprouver aucun sentiment de déchéance et les nécessités matérielles de la vie journalière ne lui apparaissent, ensuite, ni comme une injustice du sort, ni comme une persécution.

C'est parce que « l'âme du mystique ne s'arrête pas à l'extase comme au terme d'un voyage » (1); l'extase n'est, pour lui, que le moyen d'acquérir une surabondance de vie qui permet de concevoir et de réaliser puissamment, mais toujours cependant, en toute simplicité, en toute humilité. C'est là, assurément, ce qui lui donne le pouvoir de « soulever des montagnes » et d'oser faire ce que d'autres hésiteraient même à tenter. Voilà ce qui distingue, entre autres, le mystique vrai du faux mystique. Aussi, un Georges Sorel en arrive-t-il à « placer le mysticisme et la névrose aux antipodes l'un de l'autre » (2).

Ceci nous amène à estimer que le mysticisme est une force, un levier puissant. S'il fallait chercher un exemple curieux de l'appui que le mysticisme peut donner à l'action, nous le trouverions dans Gabriele d'Annunzio, Prince de Montenevoso et « Consul du monde latin » (3) qui se prépara, par des « bains de mysticisme » pris de 1910 à 1914 dans la région d'Arcachon, à ses actions héroïques ; d'abord purement verbales, comme le discours de Quarto et la harangue du Capitole, le 12 mai 1915 ; ensuite, véritablement créatrices, comme la « beffa » de Venise, en août 1918, puis la marche sur Fiume et son occupation du 12 septembre 1919 au 18 janvier 1921. Au cours de cette période préparatoire, subconsciente, d'Annunzio avait rêvé et avait « fait oraison ».

Par conséquent, le mysticisme vrai, loyal, loin d'être un signe de dégénérescence, nous apparaît comme étant, au contraire, un signe de progénérescence et même, parfois, comme dans le cas de d'Annunzio, un signe de régénérescence.

Il résulte de tout ceci que l'action est en raison directe du mysticisme, que le mysticisme, loin d'être une maladie mentale ou un stigmate mental, par suite, une diminution, aboutit à un renforcement de l'activité créatrice, à une augmentation.

C'est pourquoi la question du mysticisme n'est pas une question médicale ; elle est par delà la médecine, par delà la

---

(1) Bergson. — *Les deux sources*, etc.
(2) Georges Sorel. — *Société française de Philosophie*, 1905.
(3) Marcel Boulanger.

médecine mentale dont le rôle doit rester plus modeste, le cadre plus restreint, ce qui ne lui enlève ni de son importance, ni de sa grandeur.



La thèse que j'expose devant vous est donc, en quelque manière, une thèse négative. Nous nous occupons toujours de ceux qui sont malades ; vous me pardonnerez de m'être occupé, une fois, de ceux qui ne le sont pas, d'avoir rompu en visière avec une tendance, que je crois néfaste, et qui vise à n'envisager bien des problèmes que sous le point de vue médical, à « médicinaliser » tout.

Ceci posé, et pour revenir à ce qui fut le point de départ de ces quelques notations, je dirai que l'activité créatrice qui caractérise la ville de Lyon est fonction des aptitudes mystiques des Lyonnais.

Il n'y a donc là, en vérité, aucun contraste, puisque le mysticisme est générateur d'activité. Ce qui le prouve, c'est que, en passant à la limite, et pour démontrer une thèse, il faut toujours passer à la limite, les grands mystiques ont tous été des hommes d'action ; qu'ils ont laissé, après eux, des œuvres durables, en sorte que le monde subit toujours leur influence comme s'ils étaient encore présents.

Les exemples en sont innombrables, à commencer par saint Paul, en passant par saint François d'Assise et par sainte Thérèse d'Avila, chez qui « la vie d'action fut à la hauteur de la vie contemplative » (1). Mais, il en est d'autres dont l'auréole est plus humaine et dont les œuvres nous sont plus familières ; il y a Pascal que son mysticisme ne peut avoir empêché d'être un très grand géomètre, en même temps qu'un physicien hors de pair pour son époque ; et, pourtant, y eut-il jamais, chez un homme d'une telle science, plus grande inquiétude religieuse ?

Et puis, ici même, vous en trouvez, il fallait en trouver, qui émergent de la discrétion de leurs compatriotes, comme pour démontrer qu'il y a bien à Lyon un terrain éminemment favorable : c'est Ozanam que son mysticisme n'a pas empêché de réaliser, entre autres, cette grande chose qu'est la Société de Saint-Vincent-de-Paul ; c'est Pauline Jaricot, plus humble, qui

(1) Berrueta et J. Chevalier. — *Sainte Thérèse et la vie mystique.*

a laissé une œuvre de rayonnement plus universel encore, celle de la Propagation de la Foi.

Il y en a d'autres qui n'ont pas réussi ; mais, n'est-ce pas parce qu'ils ont été mûs par un mysticisme qui n'était pas loyal, ni, peut-être, sincère ? Par exemple : Pierre Valdo, marchand de Lyon qui, pour avoir été frappé de la mort subite d'un de ses amis au cours d'une fête, renonce au monde et, se croyant inspiré de Dieu, groupe un certain nombre de disciples sous le nom de « Pauvres de Lyon » ; il meurt, excommunié, exilé et errant, en Bohème, deux ans après la naissance de saint François d'Assise, pour ne laisser, plus tard, que le souvenir des Vaudois.

Pour ne retenir que le dernier de ces illuminés qui réussirent mal, en voici un que nous aurions pu connaître : Philippe N...-V..., garçon boucher de Lyon qui, à partir de 1872, installé Boulevard du Nord, prétendait faire bénéficier ses concitoyens de ses fluides psychiques et de son dynamisme astral. Son pouvoir de rayonnement parut assez grand pour être employé à la Cour de Russie de 1901 à 1903, avant d'autres mages et avant Raspoutine.

Seulement, voici : ils n'étaient pas de Lyon ; Pierre Valdo est né à Vaux, en Dauphiné, il n'y a que ses pauvres qui étaient de Lyon ; quant à Philippe N...-V..., il est né à Loizieux, en Savoie. Il semble bien que, au moins pour l'un d'eux, le mysticisme n'aura pas été libéré entièrement de « ces liens troubles » que l'on voit parfois s'établir « entre les convictions et les affaires » (1), alors qu'il ne peut être, qu'il ne doit être, comme nous l'avons vu, qu'un moyen personnel de libération et d'évasion.

Entre le mysticisme constructeur d'un saint François, d'une sainte Thérèse, d'un Ozanam et celui des plus humbles, il y a de nombreux intermédiaires. Le Lyonnais ne va pas, toujours, jusqu'au point où sont parvenus ceux dont je viens de redire le nom ; mais, s'il ne va pas jusque-là, il est au moins sur la pente qui y conduit ; je crois que c'est ce qui lui a permis de réaliser et d'accomplir si hautement sa destinée, en créant et en développant des industries qui font la richesse du pays et qui ont fait rayonner son nom dans le monde ; en créant et en alimentant des œuvres qui sont sa force et qui lui ont

(1) Stéphan Zweig. — *Marie-Antoinette*.

donné la possibilité de lutter contre les puissances mauvaises qui minent la vie.

Ceci n'est pas vrai, seulement, pour la montagne qui prie et qui d'ailleurs travaille ; ceci est vrai, également, pour la montagne qui travaille : la Croix-Rousse porte, elle aussi, en soi un idéal, mettons une mystique, qui, peut-être sur un autre plan, vise à un but de perfectionnement.

Mais, si le Lyonnais est mystique et réalisateur, il est, en même temps, pratique ; le bon sens reste son apanage et la sagesse. C'est cette sagesse, une sagesse parfois un peu terne, en l'espèce, que représente M. Brun, le Lyonnais, dans le théâtre de M. Pagnol ; mais, n'oubliez pas que sa pondération de Lyonnais ne l'empêche pas de rêver, lui aussi, d'une évasion et d'un départ et de s'en donner l'illusion dans le « submersible » de Panisse.

Si l'on souscrit aux idées de Juan Domingues Barrueta et de Jacques Chevalier qui qualifient les diverses nuances du mysticisme d'irrationnel, chez Denys l'Aéropagite, de vital, chez saint Augustin, de naturiste, chez saint François, d'ontologique, dans l'Ecole de saint Victor, de dialectique, chez saint Thomas et d'extatique, chez saint Jean-de-la-Croix, nous retiendrons que le mysticisme de sainte Thérèse est un mysticisme de bon sens (1) et nous dirons que le mysticisme lyonnais est un mysticisme thérésien.

On ne peut pas dire qu'il lui ait nui, bien au contraire.

« Heureux », a dit Pasteur, « celui qui porte en soi un idéal et qui lui obéit » (2).

---

(1) Berrueta et Chevalier. — *Sainte Thérèse et la vie mystique.*
(2) Louis Pasteur. — Discours de réception à l'Académie française.

PREMIER RAPPORT

RAPPORT DE PSYCHIATRIE

ET

DISCUSSION

DE L'INFLUENCE
DES THÉORIES PSYCHOLOGIQUES
SUR L'ÉVOLUTION DE LA PSYCHIATRIE

L'histoire des rapports de la psychiatrie avec la psychologie, l'étude de leur dépendance mutuelle, de l'influence réciproque de leurs théories ou de leurs découvertes, est une entreprise intéressante mais qui se heurte à de nombreuses et considérables difficultés.

La première consiste peut-être en ceci qu'on n'a pas tant à faire à deux sciences : psychologie et psychiatrie, qu'à des hommes : psychologues et psychiatres. En effet, dans aucun autre domaine de la science, l'influence de l'homme, de son tempérament, de son caractère, de sa vie affective, de ses préjugés, n'est aussi profonde et aussi marquée sur les théories, les conceptions, les principes, que dans la psychologie et, partant, jusqu'à un certain point que dans la psychiatrie.

On pourra objecter que, depuis environ un siècle, la psychologie et la psychiatrie sont devenues, pour une bonne part, des sciences naturelles, l'une, du fait de la psychologie expérimentale, l'autre, du fait des progrès de la physio-pathologie cérébrale et de la clinique. Cependant, une constatation s'impose d'emblée, c'est que la psychologie ancienne, essentiellement métaphysique, branche de la philosophie (elle-même ancilla theologiae) qui s'occupait de l'âme humaine, a exercé sur les premiers débuts de la psychiatrie scientifique et continue à exercer sur la médecine mentale d'aujourd'hui, une influence déterminante.

Seconde constatation ; la psychologie expérimentale, scientifique n'a de loin pas joué le même rôle dans le développement de la psychiatrie et son influence actuelle est encore assez minime.

On peut, d'autre part, aisément montrer que la liaison première entre les vieilles psychologies classiques, métaphysiques, intellectualistes, associationistes avec la psychiatrie moderne, n'a jamais été dénouée. *Mourgue,* par exemple, a bien montré que la plupart des théories relatives à la nature des hallucinations et notamment celle de l'intensification des images, peuvent être poursuivies au travers de certains philosophes du XVIII[e] siècle jusqu'à l'antiquité grecque. *Binzwanger,* sans remonter aussi loin historiquement, montre bien également tout ce qu'il y a de primitif, de conventionnel, de désuet, dans la conception psychiatrique usuelle du phénomène de la fuite d'idées maniaque.

Il est évident aussi que la pensée psychiatrique est encore guidée par les conceptions aristotéliennes ou kantiennes des facultés de l'âme : volonté, connaissance, jugement, etc. Elle l'est encore davantage par les conceptions des théories traditionnalistes de la connaissance. Quand nous dissocions par exemple les phénomènes psychiques en sensations, jugements, volitions, etc., nous admettons implicitement que ces processus ont une existence séparée, individuelle. Nous procédons même sur eux à des expériences, nous les jugeons atteints de troubles localisés. Et ceci bien que la plupart des psychologies modernes aient abandonné ces conceptions à la suite des études de Wertheimer et son école (Gestaltstheorie ou configurationisme).

On pourrait même relever que ce sont les écoles psychiatriques les plus résolument « matérialistes », c'est-à-dire les plus opposées à toute psychologie, qui utilisent le plus couramment et sans s'apercevoir qu'il y a là d'importants problèmes, ces vieilles conceptions métaphysiques établies par la pure introspection dénuée de tout critère objectif.

On pourrait même aller plus loin dans la critique des conceptions psychologiques courantes dont se sert la psychiatrie car il s'y trouve encore beaucoup de vieux restes de cette « mentalité prélogique » étudiée par Lévy Brühl et dont Bleuler donne d'intéressants exemples dans son ouvrage sur la « pensée autistique dans la médecine ». Ceci n'a rien de très surprenant si l'on pense qu'au début de son ère scientifique, la psychiatrie officielle n'avait pas abandonné complètement la théorie des démonopathies, que Heinroth parlait, il n'y a pas cent ans, des « accouplements du Mauvais avec l'âme de l'aliéné » que, en 1835, Kern et Eschmayer étudiaient les

troubles psychiques « caco démonomagnétiques » et que, en 1856, un certain Vilmar faisait encore tout comme Ambroise Paré ou Paracelse des diagnostics différentiels entre maladies mentales et possessions diaboliques. Et, bien que scientifiquement abandonnées, ces théories trouvent encore des défenseurs dans les rangs psychiatriques. D'ailleurs, certains postulats de morale, dissimulés dans des conceptions de téléologie pychiatrique (par exemple pour ce qui concerne la sexualité et ses anomalies) pourraient bien encore être interprétés comme des reliquats de cette « mentalité prélogique ».

La psychanalyse, en tout cas, estime, non sans raison, que les préjugés affectifs ont joué un grand rôle dans la réprobation dont elle a été couverte au début par la psychiatrie officielle.

Il est très difficile d'apprécier dans quelle mesure la psychiatrie actuelle a été et est influencée par les écoles psychologiques modernes. Il est déjà plus facile de constater l'influence des découvertes psychiatriques sur le mouvement psychologique et philosophique. Mais, quant à la première question, nous allons voir qu'elle est résolue de manière absolument individuelle par les aliénistes les plus connus et que, comme l'a fait remarquer Kræpelin, presque chaque professeur de psychiatrie « se croit obligé de se construire son petit système psychologique personnel sur la base de quelques études littéraires ou de primitives observations sur les malades ou les animaux ». Ces conditions ont certainement un peu changé à l'heure actuelle, notamment en France où certaines études de psychopathologie ont été en honneur depuis longtemps, mais en Allemagne, au moment où Kræpelin écrivait ces mots, il venait d'échouer dans sa tentative de trouver un aliéniste capable de suivre et d'analyser le mouvement psychologique pour le compte de l' « allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie ». Il serait d'ailleurs injuste de rejeter exclusivement sur les aliénistes la faute de leur insuffisante formation psychologique, comme l'a fait Jung dans une boutade qu'on lui prête. « De tous les gens qui ignorent la psychologie, ceux qui l'ignorent le plus, ce sont les psychiatres. »

Il est, en effet, extraordinairement difficile de s'orienter dans le mouvement psychologique moderne avec son foisonnement d'écoles et de systèmes. Chaque école d'ailleurs parle son propre langage et ne montre que peu d'intérêt et de compréhension pour le travail des autres. Bien plus, chaque école est

très sceptique quant aux méthode d'investigation, aux postulats des autres et n'est nullement disposée, en général, à rechercher le contact entre les différents points de vue, les terminologies, à admettre même les découvertes des autres. L'intolérance et l'agressivité mutuelles sont fréquentes et semblent être un écho, à peine atténué des bruyantes querelles philosophiques de la scolastique.

D'ailleurs, et tout au moins pour ce qui concerne leur attitude par rapport aux problèmes psychopathologiques, les mêmes remarques pourraient être faites à propos des différentes écoles psychiatriques. En effet, si elles s'entendent sur quelques conceptions pathogénétiques, il n'en reste pas moins que leurs classifications, leurs terminologies, leurs idées nosologiques, leurs méthodes, les séparent presque entièrement. Leurs critères de l'anomalie mentale ou de la maladie ne sont pas les mêmes, leur appréciation de l'importance des symptômes et des syndromes varie d'un pays à l'autre, d'une école à l'autre, d'un asile à l'autre. Il résulte, entre autre, de ce manque d'entente et de compréhension mutuelle, que les expériences faites à un endroit, ne sont nullement probantes pour les autres écoles, qu'il est impossible d'établir des résultats statistiques comparatifs, bref, une dispersion et une fâcheuse incohérence des efforts.

Nous croyons d'ailleurs que cet état de choses est dû pour une bonne part au fait de l'insuffisance psychologique et même philosophique de la psychiatrie qui, comme l'a fort bien remarqué Hönigswald, souffre plus qu'elle ne le croit et surtout ne l'avoue, de la fatalité qui la pousse vers la philosophie et la rend en même temps dépendante de philosophies déjà toutes faites.

Cette attitude ambivalente est bien illustrée par l'exemple de Griesinger, que beaucoup considèrent comme le père de la psychiatrie moderne. Son attitude par rapport aux problèmes psychologiques a été, dans l'ensemble, franchement hostile, puisqu'il ne les a jamais considérés que comme des épiphénomènes symptomatiques permettant de découvrir les lésions cérébrales sous-jacentes. Néanmoins, il n'aurait jamais réussi à mettre de l'ordre dans le chaos d'idées qui régnait à son époque, s'il ne s'était appuyé, pour l'édification de ses théories psychologiques assez claires mais simplistes, sur le philosophe Herbart.

Morel lui-même a montré la même inconséquence. En 1844,

dans ses Etudes cliniques », il fait l'apologie des médecins philosophes allemands, mais en 1860, dans son « Traité de Médecine mentale », il demande qu'on abandonne enfin en psychiatrie l'attitude philosophique.

II

Historiquement, l'évolution de la psychiatrie au cours des cent dernières années passe par trois phases assez distinctes au cours desquelles l'orientation des études et la position de principe par rapport à la valeur, à l'utilisation de la psychologie dans la psychiatrie sont très différentes. Chacune de ces trois périodes est dominée par un principe d'après lequel la psychiatrie aborde les problèmes qu'elle a à résoudre et il ne s'agit pas là d'une simple question de méthodes, mais bien d'une orientation de principe excluant l'utilisation et déniant la valeur méthodologique des moyens d'investigation étrangers à ces points de vue.

Il est clair cependant que malgré la prédominance temporaire de certains principes, les points de vue divergents ou opposés ne manquaient pas d'être représentés par d'autres écoles et que certaines théories n'ont été abandonnées que très lentement et ont même connu de gros regains de popularité.

La première de ces périodes psychiatriques est celle des théories psychologiques spéculatives des « médecins philosophes ». Elle a peut-être été moins marquée en France et en Angleterre où l'observation clinique s'est développée plus tôt qu'en Allemagne. Néanmoins, l'influence déterminante de la philosophie spéculative sur la psychiatrie est partout manifeste, ainsi que le montre bien l'ouvrage de Daquin (1792) sur « la philosophie de la folie ou essai philosophique sur les personnes attaquées de la folie » et celui de Pinel (1800) « Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale. » Pinel y mentionne par exemple un malade dont les symptômes ne s'accordent pas avec les idées de Locke et de Condillac sur la folie.

C'est en Allemagne surtout que cette orientation philosophique a été la plus exclusive. Kant, sans avoir vu de malades, a donné dans son anthropologie une description détaillée des maladies mentales telles qu'elles devaient être d'après ses

conceptions philosophiques et déniait par ailleurs au médecin les compétences d'en juger aussi bien que celles d'expertiser les aliénés devant les tribunaux. Hegel n'a pas manqué aussi de faire une description des maladies mentales et de leur étiologie.

Il n'y a donc rien d'étonnant à ce que les médecins élevés à cette école en suivent les principes. Heinroth, Hoffbauer, Kieser, etc., avaient en conséquence pour méthode d'isoler les symptômes psychiques de la maladie et de rechercher pour chacun d'eux le trouble de la fonction mentale normale à laquelle ces symptômes étaient sensés correspondre. Ils en arrivèrent ainsi à construire une sorte de système topographique de l'esprit normal et anormal. Les sources d'erreur d'une pareille méthode sont aujourd'hui évidentes. En premier lieu, leur psychologie, purement spéculative n'était établie que sur certaines conceptions générales sur la nature, l'union du corps et de l'âme, les facultés essentielles de l'esprit, les tempéraments « telluriques, atmosphériques et lumineux » (Grohman), l'opposition entre les forces « expansives et contractives » (Heinroth et Class), les « oscillations et les déplacements de la polarité » (Feuerstein), la « Quadruplicité des points cardinaux correspondant à la quadruplicité de l'esprit : soit le nord correspondant au bon sens et au carbone, l'ouest au jugement et à l'hydrogène, le sud à l'imagination et l'azote, et enfin l'est à la raison et à l'oxygène » (Walther).

Si, dans l'hypothèse la plus favorable, l'analyse logique de certains symptômes pouvait expliquer de manière satisfaisante quelques conditions logiques de leur apparition, il va de soi qu'on ne pouvait rien découvrir ainsi sur les causes réelles de ces symptômes. En faisant par exemple dériver un trouble quelconque d'une altération de l'intelligence ou du jugement on n'avait pas résolu le problème génétique essentiel, à savoir la cause de l'altération intellectuelle. Il est vrai qu'on ne se préoccupait pas de ces questions pathogénétiques, car les phénomènes psychopathiques n'étaient pas encore considérés comme des symptômes d'affections multiples, mais plutôt comme les signes divers de la maladie mentale unique (Einheitspsychose). Aussi négligeait-on complètement les symptômes corporels et si ces derniers ne pouvaient être ignorés, les considérait-on comme dérivés, provoqués par l'affection psychique.

La pression sanguine excessive des maniaques chez qui le

« sang jaillit tout bouillant, comme s'il exultait d'être libéré du cachot où il était enfermé, grondant contre lui-même (Heinroth), n'est que le résultat d'une mauvaise vie que les passions, le luxe, les boissons fortes ont surexcitée et déréglée ».

C'est qu'aussi, la théorie explicative ultime des maladies mentales était, pour les médecins philosophes les mauvaises passions, le péché, le démon. « Qu'on dise ce qu'on veut », proclame Heinroth, « il n'y a point de maladie mentale si on ne se sépare pas de Dieu ». Et par conséquent, les aliénés dont la vie fut sans reproches ne sont que « des sépulcres blanchis ».

Bien entendu, les réactions contre ces théories ne manquèrent pas. Pressentie par Chiarugi, Willis, Jacobi, Guislain, Esquirol, et surtout Falret et Baillarger, la nouvelle phase de l'évolution de la psychiatrie fut déterminée par les découvertes de la physiopathologie cérébrale. Si les médecins que je viens de citer sont encore très imbus de psychologie spéculative, puisque Guislain, par exemple, estime que sur 6 malades mentaux, 5 le sont devenus pour des raisons purement morales, on en arrive assez vite à la négation de toute psychologie : l'âme ne fut plus rien, le cerveau fut tout.

Il est inutile de relever ici tous les progrès que ce point de vue méthodique, reconnu maintenant généralement comme insuffisant, parce que trop exclusif, a fait néanmoins réaliser à la psychiatrie. On pourrait caractériser l'attitude des aliénistes de cette époque, par rapport à la psychologie, par ces mots de Westphal « toute psychologie est en psychiatrie une spéculation superflue ». On admettait, en effet, comme un postulat qu'une maladie mentale était une maladie cérébrale et que les phénomènes psychiques, leur structure et leurs enchainements n'avaient qu'une valeur épiphénoménale. Remarquons en passant que telle est encore l'opinion de bien des psychiatres contemporains. Stransky, par exemple, paraît bien être d'avis que l'étude des phénomènes psychopathiques n'a d'importance qu'en ce que ces derniers peuvent servir de signaux pour les processus organiques nosogènes sous-jacents. Il estime aussi (*Monatschrift f. Psychiatrie* V, 50, p. 135) « que dès qu'on veut faire servir la psychologie à autre chose, on n'a plus affaire qu'à des constructions spéculatives individuelles dénuées de sens ». De même Isserlin (*Aschaffenburgs Hanbd.* A, 2, p. 112) déclare que « la constatation du caractère psychique d'un symptôme psychopathique est loin de

suffire, au point de vue méthodologique, pour justifier qu'on s'intéresse de plus près aux enchaînements des faits psychiques. Il suffit de les utiliser comme moyen de pénétrer les phénomènes sous-jacents et l'on peut parfaitement renoncer à l'étude de leurs lois propres ».

Cependant, et quoiqu'on en veuille, psychiatrie et psychologie sont si indissolublement liées que même ces points de vue et notamment les progrès des découvertes des localisations cérébrales donnèrent une forte impulsion aux psychologies associationistes qui à leur tour ne manquèrent pas d'influencer la psychiatrie. Un des résultats les plus frappants de cette dépendance mutuelle est bien le fameux « polypier d'images » de Taine. Il était si tentant de se représenter chaque cellule cérébrale contenant une image, celle-ci en ressortant à l'occasion comme un diable de sa boîte pour s'associer, par le moyen des fibres nerveuses avec les engrammes emmagasinés dans d'autres cellules. Il était tout aussi agréable de croire qu'à une altération isolée d'un groupe de cellules devait correspondre une altération psychique étroitement limitée aux facultés mentales qui y logeaient. Tel était l'espoir de Wernicke par exemple qui a bâti essentiellement sa psychiatrie sur cette conception.

Il fallut bien cependant, peu à peu et de mauvaise grâce, se rendre compte que les recherches de l'anatomie et de la physiologie cérébrales étaient, à elles seules, incapables de résoudre les problèmes de la fixation et de l'enchaînement des processus psychiques et que ces derniers ne pouvaient être étudiés que par des méthodes psychologiques.

La nouvelle physiologie cérébrale dont les protagonistes ont été, entre autres, Pierre Marie, Monakow, Goldstein, Sherrington, tous précédés dans cette voie par l'intuition de Flourens, a, en effet, établi que dans tous les troubles, tous les processus même les plus localisés, c'est tout le système nerveux sinon même tout l'organisme qui participent à la réaction. Autrement dit, et là nous rejoignons la « Gestaltstheorie », les déterminantes individuelles d'un trouble cérébral ne forment que les parties dépendantes d'un tout structural et dynamique, que les éléments constitutifs d'une « Gestalt » dont on ne peut qu'artificiellement abstraire le foyer anatomique pour lui reconnaître une activité spécifique.

Goldstein surtout a bien montré qu'il n'existe pas dans le psychisme de lésions isolées, mais que tous les troubles liés à

un foyer cérébral consistent en modifications du fonctionnement total, en insuffisances de différenciation, en abaissement « du niveau psychique » et que les modifications du dynamisme des actes concrets ne sont jamais liés à un seul territoire fonctionnel, mais prennent leurs racines dans le comportement total.

Ces observations amènent une réhabilitation des méthodes psychologiques, si décriées un certain temps et établissent même leur préséance sur les doctrines de la physiologie cérébrale pure. Ce n'est plus, en effet, cette dernière qui détermine les changements des théories psychologiques, mais celles-ci étudiées pour elles-mêmes de façon autonome forment à nouveau la norme psycho-physiologique. Ou encore, le mécanisme anatomostatique a été remplacé par l'étude dynamique fonctionnelle de l'ensemble de la personnalité psycho-physique (Goldstein).

Dans un autre domaine, plus spécialement psychiatrique, on a pu voir aussi s'établir automatiquement ce renversement des valeur méthodologiques et la réintégration de la psychologie comme point de départ et norme de l'appréciation psychiatrique. C'est celui des psychoses symptomatiques ou exogènes dans lesquelles existent d'une part une série variable de conditions étiologiques (intoxication par exemple) et d'autre part un certain nombre de syndromes nettement caractérisés (psychose de Korsakoff par exemple).

En effet, si dans ces cas c'est la patho-physiologie cérébrale qui doit trancher en dernière analyse, il n'en existe pas moins que la position du problème, la différenciation des symptômes dits exogènes, l'appréciation de leurs caractères communs sont déterminés exclusivement par des constatations d'ordre psychologique. Et même, pour pouvoir faire surgir derrière un pareil syndrome la question de pathologie cérébrale, il faut établir d'abord que ce syndrome est une entité psychologique autonome ou une structure pathologique de l'ensemble du psychisme.

Il est enfin un terrain sur lequel la théorie des localisations cérébrales n'a jamais pu s'aventurer toute seule et si elle l'a tenté, où elle a complètement échoué de prime abord, c'est celui des psychopathies dites constitutionnelles. On n'a pas manqué, il est vrai, de créer pour ces états un certain nombre de troubles hypothétiques, moléculaires du cerveau, d'anomalies des échanges nutritifs, bref toute une mythologie céré-

brale. Pour étayer ces conceptions chancelantes on y ajouta, depuis Morel et Magnan, la notion de dégénérescence qui réussit en effet à donner aux théories purement physiologiques un certain regain de plausibilité. Toutefois, il faut bien constater que la conception de dégénérescence a, en psychiatrie, perdu beaucoup de la précision descriptive, de ses signes caractéristiques et même de ses limites alors qu'elle les a gardés encore en pathologie somatique. Somme toute, il n'en reste plus guère qu'une sorte de relation vague avec des critères héréditaires et anthopologiques et pour le reste elle est utilisée de manière assez capricieuse pour établir des jugements de valeur biologique. Cependant, le concept de dégénérescence joue toujours, en psychiatrie, un rôle assez important à cause de ses relations avec la médecine légale, dont l'ingérence a fait introduire, dans une science jusque-là surtout descriptive, toute une série de jugements de valeur empruntés à des critère variables et peu précis de capacité sociale.

En résumé, on pourrait dire que ces deux premières phases de l'évolution psychiatrique ont été caractérisées chacune par leur attitude particulière envers la psychologie. La première, toute imbue d'une psychologie philosophique spéculative et moralisante, la seconde, en réaction naturelle contre celle-ci, déniant à la psychologie quelle qu'elle soit, toute ingérence dans les problèmes psychiatriques, réduits avec une excessive simplification à des problèmes cérébraux.

Pour que notre exposé fût plus complet, il faudrait étudier ici les travaux de psychologie et de psychopathologie auxquels a donné lieu l'avènement de l'hypnotisme, en Angleterre d'abord, puis en France. Ils ne semblent pas cependant avoir exercé directement tout d'abord une influence importante sur le développement psychiatrique général. Cependant, l'école de Charcot et celle de Bernheim ont eu l'immense mérite de préparer la voie à la compréhension psychologique des hystéries et des psychopathies dites constitutionnelles et nous ne saurions oublier que Janet a été élevé à ces écoles et que la psychanalyse en procède aussi en partie. On leur doit aussi d'avoir déblayé le champ psychiatrique d'une foule de préjugés anciens, notamment par les remarquables études de Charcot et Bourneville parues dans la « Bibliothèque diabolique » sur les procès de sorcellerie, les épidémies mentales de possession diabolique qui ont souligné l'importance des phénomènes hystériques au point de vue religieux, moral et social.

On sait que ces études psychiatriques ont eu une forte influence sur le développement de la psychologie française et que Ribot notamment s'est inspiré des expériences sur l'hypnotisme dans certains de ces ouvrages. Plusieurs d'entre eux ne sont au reste pas autre chose que des études de psychopathologie.

Ces exemples montrent que, même au temps où la psychiatrie était le plus résolument « matérialiste », des recherches de psychologie et de psychopathologie autonomes se poursuivaient cependant en marge de la clinique, mais, semble-t-il, sans influence immédiate sur celle-ci. Il faut, néanmoins, mentionner les travaux d'Auguste Forel, en Suisse, et surtout de Krafft-Ebing, à Vienne, sur la psychopathologie sexuelle.

Cependant, la psychologie expérimentale était née et Kræpelin l'aliéniste le plus caractéristique et le plus puissant de la troisième phase de l'évolution psychiatrique, de la phase clinique, avait été un élève de Wundt. Kræpelin se méfiait d'ailleurs beaucoup des psychologies spéculatives et méprisait « leurs affirmations gratuites et leurs déductions profondes ». La psychiatrie, disait-il, a besoin de faits et non de théories. Il n'est pas sans intérêt de relever que, 25 ans plus tard, dans une lettre citée par Mourgue, Monakow disait : « Ce qui nous manque aujourd'hui ce ne sont pas les faits, ils surabondent, mais plutôt un esprit synthétique qui saurait les comprendre ». On ne saurait demander plus explicitement une théorie.

Les principes des méthodes purement cliniques ont été nettement formulés par Kræpelin. Celui-ci se rendait au reste parfaitement compte qu'étant donnée l'insuffisance des connaissances de la pathogénèse des maladies mentales, il fallait se contenter, provisoirement au moins, de conceptions nosologiques, autrement dit, qu'il fallait tâcher de classer les différentes maladies d'après la détermination et l'analyse descriptive de leurs signes psychotiques les plus caractéristiques. C'est pourquoi il s'appliqua d'abord à grouper des symptômes, à en former des syndromes dont l'apparition régulière permettait enfin de constituer l'entité clinique d'une maladie. Ses principes directeurs pour la classification étaient premièrement l'identité des causes, puis celle des constatations anatomiques, ensuite celle du cours de la maladie et enfin celle des états symptomatiques (Zustandsbilder).

On sait que dans les cas où ces principes ont pu être simultanément appliqués à la détermination de certains troubles

mentaux, on en est arrivé à établir des maladies nettement circonscrites comme par exemple la paralysie générale ou la syphilis cérébrale diffuse. Mais, quand il s'est agi de classer les groupes de psychoses connues aujourd'hui sous le nom de démences précoces, de cyclothymies et bien plus encore les psychopathies, l'insuffisance de ces maximes directrices à constituer des entités nosologiques s'est avérée. Chacun connaît l'extension très différente que Kræpelin a donné à l'un ou l'autre groupe de ses psychoses fonctionnelles au cours des multiples éditions de son traité de psychiatrie. Ce sont tantôt les démences précoces qui s'enflent au détriment des cyclothymies et vice-versa. Puis la paranoïa, assimilée d'abord à la démence précoce, en est extraite quand on constate qu'elle n'a pas une évolution démentielle, ou encore c'est la constitution de la maladie connue maintenant sous le nom de paraphrénie.

Il nous semble que cette insuffisance de la clinique psychiatrique à établir des entités nosologiques certaines est due au fait que Kræpelin et avec lui la presque totalité des cliniciens a systématiquement négligé, sinon prescrit l'investigation psychologique autonome des psychoses. C'est le manque de critères psychologiques qui est responsable de l'échec de ces principes de classification. L'aspect clinique est par exemple insuffisant à dire pourquoi un pronostic favorable est dans la nature de la mélancolie et un pronostic fatal lié à la démence précoce. L'expérience montre bien en effet que bien des cyclothymies évoluent de manière progressive, qu'une très grande partie des schizophrénies guérissent et que les syndromes cyclothymiques sont fréquents dans la démence précoce.

Aussi, Bleuler, qui fut le premier à s'émanciper de la clinique pure et à l'enrichir, à la compléter par des conceptions, des critères psychologiques tirés de la psychanalyse, était-il en droit de parler ironiquement de cette phase de systematisation schématique quand il disait que « beaucoup de malades portent autant de diagnostics qu'ils ont fréquenté d'asiles et que dans le même établissement un malade est atteint de paranoïa, d'après l'idée d'un médecin et que pour un autre c'est un mélancolique ». « En effet, conclut-il, il faut bien finir par se décider à classer n'importe où, par une décision impérative, les formes intermédiaires et atypiques. »

Il semble bien que sous la pression plus ou moins apparente de la psychanalyse des progrès et du regain de faveur de la

psychologie en général, la psychiatrie se trouve à la fin de cette phase de prédominance exclusive de la clinique et qu'elle est assez incertaine des impulsions qu'elle subit et de la direction où elle va s'orienter. Un examen critique des différentes tendances actuelles montre que la plus grande confusion règne en ce moment soit au point de vue des principes, soit au point de vue des méthodes. Bien des aliénistes encouragés dans leurs tendances par la découverte des troubles nerveux et psychiques consécutifs à l'encéphalite grippale, entrevoient à nouveau une psychiatrie s'appuyant exclusivement sur les localisations cérébrales. Beaucoup de cliniciens limitent leurs recherches à l'étiologie de certaines psychoses, notamment des schizophrénies et des cyclothymies : il n'est guère d'hypothèses qui n'aient été édifiées à ce point de vue, depuis les insuffisances glandulaires, les auto-intoxications, jusqu'aux infections banales comme la carie dentaire ou spécifiques comme la tuberculose.

Mais en opposition avec ces recherches de physio-pathologie cérébrale ou de clinique pure, nous voyons réapparaître à l'autre extrémité du champ psychiatrique des études dont le point de départ est donné par les philosophies spéculatives. Minkowski, par exemple, fait remonter autant au philosophe Bergson qu'au psychiatre Bleuler l'origine spirituelle de son traité sur la schizophrénie. C'est le philosophe, dit-il, qui lui a montré comment il fallait aborder les phénomènes de la vie. Mourgue dédie son ouvrage à Monakow, un anatomiste du cerveau, mais aussi à Bergson. L'œuvre psychiatrique de L. Binswanger est également fortement influencée par la philosophie et il déclare que ses méthodes d'investigation sont déterminées par l'école phénoménologique du philosophe Husserl. Prinzhorn, apologiste enthousiaste du philosophe Klages, tire des conceptions de ce dernier sur « l'esprit opposé à l'âme » (Geist als Widersacher der Seele) dont il fait deux puissances primitives luttant dans l'homme, la substance d'un traité de psychothérapie.

Bien plus, le philosophe Klages lui-même, comme autrefois Kant et Hegel émet une théorie sur l'hystérie et les psychopathies, théorie qui s'appuie, nous dit-il, sur l'analyse de quelques cas et surtout sur un grand nombre d'études graphologiques.

On dirait que nous voici, après cent ans de travaux scientifiques psychiatriques, revenus au temps où Kant déniait

aux médecins et revendiquait pour les philosophes le droit de juger et de soigner les malades mentaux.

III

En présence de cette situation où divergent et s'affrontent méthodes, points de vue et principes, il nous paraît utile de tenter de préciser et de définir les rapports de la psychiatrie avec la psychologie et même la philosophie, rapports nécessaires, inhérents à l'essence même de la psychiatrie quoique beaucoup d'aliénistes les ignorent ou tentent même d'en nier l'existence. Les aliénistes, en effet, semblent avoir une méfiance instinctive de l'attitude philosophique, même s'ils abordent des problèmes qui ne peuvent guère être considérés que sous cet aspect. Birnbaum, par exemple, dans sa sociologie des névroses, Jaspers dans son traité de psychopathologie, Bleuler lui-même, se défendent de faire de la philosophie, tout comme si un certain manque de sérieux scientifique était attaché à cela. Et il semble bien que, malgré les principes opposés que nous relevions à l'instant, la tendance encore prédominante de la psychiatrie est de tenter de résoudre d'un point de vue étroitement médical, sinon clinique, l'ensemble des tâches et des problèmes qui se posent à elle. Le splendide développement de la médecine semble faire aspirer la psychiatrie, cette parente apparemment pauvre, au suprême honneur d'être promue au rang de l'une quelconque des disciplines médicales comme l'obstétrique ou la dermatologie. Or, il est cependant clair que la situation de la psychiatrie est tout à fait spéciale non seulement dans la médecine mais aussi dans l'ensemble des sciences naturelles et que pour porter sur elle un jugement de valeur, l'extraordinaire difficulté de ses tâches multiples, l'extrême importance de ses travaux et de ses découvertes et leurs répercussions innombrables dans tous les domaines de l'activité humaine, lui confèrent une dignité à laquelle nulle autre science ne saurait prétendre.

Aussi bien, les cadres étroits dans lesquels on voudrait l'emprisonner craquent-ils de toute part et ce n'est que par des artifices ou une singulière myopie intellectuelle qu'on veut la réduire à ses tâches cliniques ou anatomo-pathologiques. Il est pourtant aisé de voir que les progrès même de la clini-

que ne simplifient nullement les problèmes psychiatriques mais ne font que les amplifier et les compliquer. Le fait par exemple que la clinique à découvert l'étiologie de la paralysie générale et réussit à la guérir parfois, à l'améliorer très souvent et enfin à stabiliser l'état physique de certains malades tout en modifiant, à certains points de vue, défavorablement leur état mental, a-t-il simplifié d'une manière quelconque les problèmes psychiatriques posés par cette affection ? Il saute aux yeux, au contraire, que cet immense progrès clinique a créé une foule de nouveaux problèmes dont la portée sociale, morale, humanitaire, psychologique est très vaste. Quand faut-il, par exemple, considérer comme guéri un paralytique malarisé avec succès ? La dissociation entre les constatations cliniques et l'état psychique doit-elle entrer en compte pour juger de la guérison ? Ou encore, quels sont les malades qu'il faut malariser ? Tous, ou bien ne vaut-il pas mieux s'abstenir quand certains symptômes font prévoir une évolution de leur état mental vers la chronicité paranoïde ? Ces quelques questions montrent bien la portée, à tout prendre philosophique, des problèmes psychiatriques les plus simples.

Mais, voyons d'un peu plus près les conditions essentielles d'existence de tous les problèmes psychiatriques sous leur aspect général. En premier lieu, il est clair que l'observation psychiatrique ne permet d'apprécier et de juger les faits cliniques ou psychologiques des malades mentaux que par comparaison avec le critère, le contexte de la réalité. Or, tout semble bien prouver, comme le montrent notamment Binzwanger dans son étude sur « la fuite d'idées » et Minkowski dans sa psychopathologie du temps vécu, que les malades mentaux vivent, éprouvent le monde réel autrement que les gens normaux. C'est là, par définition, un problème philosophique car il implique, par exemple, les conditions d'existence de la réalité, celles de l'enchaînement des faits qui constituent l'expérience personnelle et ses causes et enfin la détermination de l'expérience par le fait de l'unité de la personnalité : or cette unité est fonction de la société qui lui donne sa culture et précise ses contours. Même le diagnostic psychiatrique le plus simple, le fait de juger que quelqu'un est malade ou sain, normal ou anormal, soulève des questions philosophiques d'une portée téléologique considérable et d'une grande importance pratique, car les critères de l'anomalie mentale sont extrêmement difficiles à établir.

Somme toute, il faudrait conclure que, à l'instar de M. Jourdain, les psychiatres font constamment de la philosophie sans le savoir et même en s'en défendant, car toutes leurs observations, leurs expériences, leurs études reposent sur un arrière-fonds philosophique fourni par les lois de la nature en général et les postulats de l'expérience du réel d'où, par contraste, ressort le monde spécial que se crée et où vit le malade mental. Nombreux sont, d'ailleurs, les aliénistes qui, comme Bleuler ou Monakow, tout en se défendant d'être des philosophes, consacrent leurs derniers efforts à l'érection d'un système philosophique, aboutissement de leurs recherches et de leur expérience. Mais il est, d'autre part, très compréhensible que ceux qui entrent dans la carrière, ou sont engagés dans les études très spécialisées que le vaste champ psychiatrique offre partout à défricher, aient quelque peine à voir la complexité des problèmes qu'ils abordent, leurs intrications multiples et leurs répercussions lointaines. Cependant, l'obstacle principal à la tendance à considérer les problèmes psychiatriques sous leur angle psychologique et surtout philosophique paraît bien dû à la formation du médecin qui détermine chez lui l'attitude mentale trop exclusivement propre à l'étude des sciences naturelles. Il n'est donc pas surprenant que l'incertitude expérimentale de la psychologie et surtout de la philosophie l'amène à se méfier de leur valeur scientifique. Il faut, en effet, bien reconnaître que les méthodes d'investigation du psychisme d'autrui sont liées à un ensemble de conditions qui en rendent l'appréciation objective et la systématisation scientifique malaisée. La première de ces conditions, toute philosophique à nouveau, est que l'on admette implicitement une sorte d'identité entre le moi d'autrui et le moi propre. Les phénomènes de la vie psychique d'autrui sont reflétés par la nôtre et nous leur attribuons les mêmes critères et modalités d'existence qu'aux nôtres propres. Or, ce reflet du psychisme d'autrui sur le nôtre repose sur une capacité, malaisément définissable, de pénétration intuitive (Einfühlung) qui est toute imprégnée de jugements par analogie, volontaires ou involontaires. Cette intuition, qui nous révèle la manière d'être du psychisme d'autrui, n'est cependant qu'une source de connaissance dérivée de l'évidence de la connaissance immédiate de notre moi propre. De plus, cette intuition fait que, ce qui nous est montré du psychisme d'autrui, est rapporté à une individualité que nous supposons

différente en même temps que semblable à la nôtre et que nous ne pouvons déterminer que par ce que nous en percevons. Or, cette manière de percevoir est limitée et ces limites sont variables, c'est pourquoi nos connaissances du moi d'autrui ne peuvent être que fragmentaires et incertaines et que tout cet ordre de connaissances intuitives ne réunit pas d'emblée les conditions suffisantes pour en faire une connaissance vraiment scientifique. Il s'ensuit que nos connaissances psychologiques immédiates des anomalies mentales d'autrui sont aussi limitées par ce processus de pénétration intuitive spéciale, ne possèdent donc scientifiquement qu'une valeur incomplète et doivent trouver un complément d'objectivité dans d'autres méthodes.

Cette argumentation, empruntée à Kronfeld, montre bien les limites de l'investigation scientifique des phénomènes psychiques et nous donne aussi la raison pour laquelle cette capacité nécessaire en psychiatrie de pénétration intuitive, de « Einfühlung » dont le développement individuel est très variable, n'est pas considérée comme un critère méthodologique suffisant, du moins par ceux qui voudraient que la psychiatrie ne soit qu'une science naturelle.

Cette critique, si fondée soit-elle, ne résout cependant pas la difficulté car, de quel côté que ce soit qu'on l'aborde, il faut bien se rendre compte que le seul point de départ immédiat de la psychiatrie est donné par l'anomalie des processus psychiques et leur expression. Quel que soit aussi le terrain sur lequel se développent les études psychiatriques, il est clair, qu'en dernière analyse, il faut toujours en revenir aux processus psychiques qui forment la matière première de la science psychiatrique et, somme toute, l'objet exclusif de ses recherches.

IV

Nous voudrions, pour terminer, faire une brève esquisse des systèmes et des méthodes psychologiques dont la psychiatrie peut se servir, soit pour l'investigation des états psychopathiques, soit pour aider à leur classification, pour établir leur pronostic, soit enfin pour les traiter.

L'emploi des critères, empruntés aux sciences naturelles

pour l'étude des phénomènes psychiques anormaux, tend à établir les lois générales de ces derniers. D'autre part, le psychisme est un phénomène essentiellement individuel. Aussi, peut-on constater, de prime abord, deux tendances psychologiques dont les principes sont scientifiquement presque inconciliables : la première qui étudie, dans le psychisme, les phénomènes communs, généraux, pour les classer et en établir les lois, la seconde, qui met l'accent principal sur la personnalité individuelle dans ce qu'elle a de particulier et d'unique.

La première de ces tendances ressemble aux sciences naturelles et lui emprunte ses méthodes, en ceci qu'elle simplifie, dissocie les processus psychiques pour tenter d'établir la similitude ou l'identité de leurs éléments constitutifs. *La psychopathologie élémentaire* procède de cette façon en recueillant, par exemple, les paroles de différents malades, en les comparant ensuite pour en tirer les caractères communs. Cette schématisation donne un matériel élémentaire utilisable pour l'examen de certains processus psychomoteurs.

La psychopathologie expérimentale ne se contente pas, comme la première, d'examiner les faits psychiques au point de vue moteur, mais en considère aussi le sens, puisque le mode des réactions et leur cours sont déterminés par certaines conditions psychiques dont le point de départ est étudié aussi. Exemples de cette méthode : les expériences de Kræpelin sur l'influence de l'alcool sur le travail intellectuel. Ou encore, les multiples tests pour l'examen de l'intelligence, des facultés morales et du caractère. Une autre série de recherches est également dérivée de cette méthode : ce sont celles qui consistent à étudier le point de vue subjectif, les « impressions » des personnes soumises à l'expérience, comme, par exemple, les études sur l'intoxication par la mescaline et ses hallucinations. Le principe de ces recherches a été emprunté à l'école du philosophe Külpe.

La *psychopathologie du comportement,* application du « behaviorism » de Watson, étudie les expressions du psychisme anormal pour en inférer sur la structure de ce dernier. La théorie des réflexes conditionnels de Bechterew et Pavlow peut être aussi rangée dans cette méthode de recherches.

Mentionnons encore les études sur la psychopathologie du travail, de l'effort, de l'expression (mimique, gestes, langage), puis surtout la psychopathologie fonctionnelle qui ne se con-

tente pas, comme la descriptive, d'étudier le résultat psychique, le phénomène donné, mais s'intéresse à la genèse, au mode d'apparition, au développement du processus lui-même (psychologie de l'acte).

Citons enfin les méthodes de *psychopathologie explicative* où on peut faire rentrer la psychanalyse bien qu'elle dépasse d'ailleurs ce cadre.

Les recherches psychopathologiques qui ont comme principe d'étudier l'individu comme être propre et dans son ensemble partent, comme nous l'avons vu tout à l'heure, d'un point de vue étranger aux sciences naturelles. Elles se mettent même en opposition avec elles par le fait qu'elles étudient exclusivement l'individu dans ce qu'il a de personnel et d'unique. C'est de ce point de vue que part la *psychopathologie structurale* dont Jaspers et Kurt Schneider sont les représentants les plus connus. Elle admet que les résultats de la pénétration intuitive, de la compréhension du psychisme sont une forme de savoir immédiate, une évidence qui n'a pas besoin de justification et possèdent donc une valeur scientifique absolue. La *phénoménologie* a pour principe de représenter, de formuler, de connaître de la manière la plus exacte possible, les phénomènes psychiques tels qu'ils apparaissent devant la conscience individuelle et ceci pour en tirer les éléments immanents et essentiels. Nous avons déjà parlé plus haut des remarquables résultats auxquels sont arrivés Minkowski et Binzwanger par l'application de cette méthode.

Un autre principe qui a pour objet de faire ressortir surtout ce par quoi l'individu se distingue d'un autre et qui essaie d'arriver à créer pour chacun une « loi individuelle » n'a guère encore trouvé d'application en psychiatrie, si ce n'est dans quelques pathobiographies. Beaucoup plus importante est la *psychopathologie interprétative* dérivée de la théorie de la Gestalt (configurationisme). Adler, l'ancien élève de Freud, est parti de ce point de vue pour construire sa théorie des névroses.

On pourrait enfin grouper dans une dernière classe de méthodes psychopathologiques celles qui tendent à la création de types, c'est-à-dire essaient de généraliser les résultats obtenus par l'analyse des différences individuelles (Stern). La psychotechnique peut en être considérée comme une application de même que la psychognostique (Rossolimo). On pourrait appeler « typologie descriptive », la méthode par

laquelle on est arrivé en psychiatrie à classer certaines formes d'individus, à les caractériser et à créer ainsi certains types comme celui de l'instable, de l'impulsif, du nerveux, du sensible, etc.

Les études de *psychopathologie sociale,* religieuse, collective, ont fourni à la psychiatrie, comme on sait, de précieuses contributions. Il n'y a qu'à mentionner par exemple le célèbre ouvrage de Lebon sur la psychologie des foules, celui de Lévy Brühl sur la mentalité primitive et enfin celui de Freud sur le totem et le tabou. La psychopathologie de l'évolution appliquée par Janet, Sollier, à la compréhension de l'hystérie, les études de Kretschmer sur la constitution psychique du schizophrène, du cyclothyme, montrent bien l'enrichissement scientifique de la psychiatrie par les résultats de cette méthode à laquelle peut s'associer la caractérologie. Celle-ci ne tend pas seulement à la création de types descriptifs, mais met en valeur le développement, la genèse du caractère en étudiant à un point de vue dynamique les lois de sa réactivité.

On pourrait faire diverses objections à cette classification, un peu sommaire, des principes et des méthodes psychologiques qui résume les moyens d'investigation du psychisme anormal. Elle est d'abord incomplète en ce sens que certains points de vue philosophiques n'y sont pas énumérés qui cependant peuvent être utilisés avec fruit soit comme critères de connaissance, soit comme méthodes. On pourrait aussi objecter que plusieurs de ces systèmes n'ont pas l'étroitesse des points de vue que nous leur prêtons pour les ranger dans ces diverses catégories. Et enfin, cet exposé est très incomplet, car, faute de place, nous avons dû renoncer à décrire même les traits essentiels de chaque méthode, à en faire ressortir les différentes possibilités d'application à la psychiatrie, les limites et les insuffisances.

Cependant, cet exposé nous permet de voir qu'aucun de ces systèmes, de ces principes d'étude ou de ces méthodes de travail ne saurait avoir, à lui seul, la prétention d'aborder et moins encore de résoudre l'ensemble des questions essentielles du psychisme anormal. Il faudrait les comparer plutôt à autant de points d'attaque plus ou moins convergents tantôt sur les problèmes centraux, tantôt sur les problèmes périphériques du psychisme. En affrontant ou en juxtaposant ainsi ces divers symptômes d'investigation, on peut aussi, semble-t-il, se rendre compte que loin de s'exclure, ils se complètent

souvent et que ce serait une tâche d'une importance capitale pour le développement de la psychiatrie que d'en tenter une sorte de fusion éclectique. Cependant, pour le moment, cette collaboration est encore presque inexistante et les divers camps semblent toujours plus disposés à se critiquer et se combattre qu'à chercher un terrain d'entente. Il faut néanmoins signaler à ce propos deux intéressantes études de Siegfried Bernfeld qui tente, non sans succès, de concilier et de compléter les points de vue communs de la psychanalyse, soit avec la psychologie structurale de la personnalité de Stern, soit avec la théorie de la Gestalt.

Nous avons énuméré sommairement quelques mérites acquis par ces diverses méthodes quant au développement de la psychiatrie. Leurs limites sont néanmoins pour la plupart assez étroitement tracées et même si elles atteignent leur but, il est difficile de concevoir qu'elles soient plus qu'un adjuvant, à vrai dire très important, des autres méthodes psychiatriques. Il est nécessaire cependant de faire ici une place spéciale à la psychanalyse car il est indéniable que son importance, pour la psychiatrie clinique du moins, et dans bien d'autres domaines probablement aussi, dépasse de beaucoup toutes les autres. Si jusqu'à présent elle ne s'est pas encore intéressée à beaucoup de problèmes psychologiques, notamment à ceux qui sont situés plutôt à la « périphérie » du psychisme, c'est que son développement a été si foudroyant et qu'elle a été débordée par l'expérience qui, consultée enfin, ne demandait qu'à parler. Aussi n'a-t-elle pas encore eu le temps de mettre au point bien des problèmes, ni même de s'apercevoir qu'elle porte encore dans son sein bien des reliquats des vieilles psychologies qu'elle a pour mission, semble-t-il, de supprimer.

Pour le moment, la psychanalyse a réussi à faire comprendre la psychogenèse des névroses, des caractères anormaux, des perversions sexuelles, des psychopathies. Elle n'en a pas seulement donné des théories explicatives et génétiques, mais a fourni aussi une précieuse méthode pour les traiter et les guérir. Elle a contribué aussi essentiellement à la compréhension psychologique des maladies mentales fonctionnelles, telles que la schizophrénie, la cyclothymie, la paranoïa et sous son influence s'est développée toute une manière nouvelle et rationnelle de traiter ces maladies en combinant la psychothérapie avec la thérapeutique clinique. Ce n'est pas le moin-

dre de ses mérites que d'avoir fait voir aussi les moyens d'éviter dans ces psychoses la formation de symptômes secondaires artificiels dus à l'insuffisance de compréhension des troubles psychiques du malade mental.

V

Nous sommes arrivés au terme de cette étude. Nous avons vu successivement divers principes sur lesquels s'appuie, plus ou moins consciemment, la psychiatrie moderne. Nous avons vu aussi jusqu'à quel point les conceptions de certains aliénistes les plus notoires sont divergentes ou opposées et que, somme toute, la plus grande confusion règne dans la psychiatrie, même à propos des critères essentiels qui conditionnent son existence, déterminent son activité et lui assurent une situation unique dans l'ensemble des sciences. Nous avons ensuite résumé les divers points de vue qui ont dominé sur certaines phases de l'évolution de la psychiatrie. Dans une seconde partie de notre travail, nous avons tenté de préciser les critères philosophiques d'existence de la psychiatrie, le rôle qu'y doit jouer la psychologie et les limites scientifiques de cette dernière. Et enfin nous avons esquissé ou plutôt énuméré les différentes méthodes psychopathologiques principales dont la psychiatrie peut et doit se servir pour résoudre les tâches multiples et immenses qui lui incombent.

Quelle est la conclusion de cette étude ? C'est tout d'abord qu'une collaboration intime est nécessaire entre les diverses méthodes, les diverses disciplines d'où la psychiatrie tire ses moyens de connaissance, d'investigation et de travail. L'emploi exclusif de l'une de ces méthodes qu'elle soit clinique, physio-pathologique, psychologique, la subordination à un principe, à un point de vue unique, sont insuffisants pour la compréhension et la solution des problèmes psychiatriques même les plus simples.

Qu'elle le veuille ou non, la psychiatrie ne peut pas se limiter à être une simple branche de la clinique médicale, ni même à être une pure science naturelle. L'étendue, la complexité, les répercussions de tous les problèmes qu'elle aborde, sont telles que ce mot d'un sage semble avoir été écrit pour les psychiatres. « Il ne faut pas apprendre une philosophie, mais à philosopher. »

BIBLIOGRAPHIE

Nous ne mentionnons ici qu'un certain nombre des ouvrages ou des publications que nous avons dû consulter pour ce rapport. Nous tenons à relever que nous devons beaucoup aux ouvrages d'A. Kronfeld : Die Psyhologie in der Psychiatrie, *et* Wesen der psychiatrischen Erkenntnis, *où cet auteur a étudié avec compétence plusieurs problèmes que nous avons abordés ici.*

1. Adam (H.-A.). — *Geisteskrankheit in alter und neuer Zeit.* L. Rath, Regensburg, 1928.
2. Ahlenstiel. — *Stellung der Psychologie im Stammbaum der Wissenschaften usw.* Karger, Berlin 1923.
3. Bergson (Henri). — *Evolution créatrice, matière et mémoire,* etc...
4. Bernfeld (Siegfried). — Die Krise der Psychologie und die Psychoanalyse. *Internat. Zeitschrift f. Psychoanalyse,* 1931.
5. Bernfeld (Siegfried). — *Die Sexualtheorie.* Imago XX. Bd. 1934.
6. Binzwanger (Ludwig). — Psychothérapie als Beruf. *Nervenarzt,* 1928
7. Binzwanger (Ludwig). — *Ueber Ideenflucht.* Zürich, 1933.
8. Birnbaum (K.). — *Soziologie der Neurosen.* Berlin, 1933.
9. Bleuler (Eugène). — *Naturgeschichte der Seele und ihres Bewusstwerdens.* Berlin, 1921.
10. Dandieu. — *Anthologie des philosophes français contemporains,* Paris, 1931.
11. Flournoy (Henri). — L'enseignement psychiatrique d'Adolph Mayer. *Archives de Psychologie,* XX, 1925.
12. Flügel (J.-C.). — *A hundred years of psychology,* Duckworth, Londres, 1933.
13. Freud (Sigm.). — *Œuvres complètes.*
14. Haeberlin (Paul). — *Die Suggestion.* Kober, Bâle, 1927.
15. Hönigswald (Richard). — Philosophie und Psychiatrie. *Arch. f. Psychiatrie,* Vol. 87, 1929.
16. Janet (Pierre). — *Obsessions et psychasténie,* Paris.
17. Janet (Pierre). — Allocution présidentielle. *Annales médico-psychologiques,* 1929, p. 139.
18. Jaspers (Karl). — *Allgemeine Psychopathologie.* Berlin 1928.
19. Isserlin. — *Aschaffenburgs Handbuch* A. 2, p. 112 et suivantes.
20. Klages (Ludwig). — *Der Geist als Widersacher der Seele.* Leipzig, 1929.
21. Klages (Ludwig). — Bemerkungen zur sogenannten Psychopathie. Nervenarzt, 1928.
22. Kirchhof (Theodor). — *Grundriss der Geschichte der deutschen,* Irrenpflege, Berlin 1890.
23. Kræpflin (Emil). — *Hundert Jahre Psychiatrie.* Berlin, 1918.
24. Kræpelin (Emil). — Der psychologische Versusch in der Psychiatrie (*Psycholog. Arbeiten,* I, 1. 1895).

25. KRONFELD (Arthur). — *Die Psychologie in der Psychiatrie.* Springer, Berlin, 1927.
26. KRONFELD (Arthur). — *Das Wesen der psychiatrischen Erkenntnis.* Berlin, 1920.
27. KRONFELD (Arthur). — *Lehrbuch der Characterkunde.* Berlin, 1932.
28. LAIGNEL-LAVASTINE et Jean VINCHON. — *Les malades de l'esprit et leurs médecins du* XVIe *au* XIXe *siècle.* Paris, 1930.
29. MAEDER (A.). — Psychopathologie et Pathologie générale. *Encéphale,* 1924.
30. MINKOWSKI (Eugène). — *La schizophrénie.* Payot, Paris, 1927.
31. MINKOWSKI (Eugène). — Le problème du temps en psychopathologie. *Recherches philosophiques,* 1932.
32. MINKOWSKI (Eugène). — Les idées de Bergson en psychopathologie. *Annales médico-psychologiques,* 1929.
33. MINKOWSKI (Eugène). — *Le temps vécu,* Paris, 1929.
34. MOURGUE (Raoul). — *Neurobiologie de l'hallucination.* M. Lamertin, Bruxelles, 1932.
35. SCHILDER (Paul). — *Entwurf zu einer Psychiatrie auf psycho-analytischer Grundlage.* Vienne, 1925.
36. SEMELAIGNE (René). — *Aliénistes et philanthropes.* Paris, 1912.
37. STRANSKI. — *Monatschrift f. Psychiatrie.* Vol. 50, p. 135.
38. WESTPHAL. — *Archiv. für Psychiatrie,* Bd. 9, p. 451.

DISCUSSION DU RAPPORT DE PSYCHIATRIE

M. Jabouille (de Rouffach). — J'ai lu avec un très grand intérêt le rapport si remarquable à tous les points de vue de notre collègue Repond qui est, je crois, un psychanalyste très convaincu et un apôtre particulièrement courageux et combatif de cette foi nouvelle. Mais je me suis senti pénétré à la fois d'une grande confusion et d'une angoisse extrême.

J'étais loin de supposer que la science très positive et très médicale à laquelle je me consacre depuis bientôt 30 ans, avait tellement dévié des principes que j'avais puisés, non pas chez Griesinger, ni chez Westphal, mais dans les admirables leçons de Régis et de G. Ballet. D'où ma confusion. Mon anxiété est venue de découvrir que peut-être un jour prochain la Pathologie mentale versera dans la Psychologie et son annexe la Psycho-Pathologie.

Le Dr Repond nous engage beaucoup à nous en tenir à l'étude des processus psychiques qui sont, nous dit-il, l'objet exclusif des recherches de la Psychiatrie, mais en même temps il nous démontre, grâce à une argumentation très solide empruntée à Kronfeld, que cette étude est d'une difficulté et d'une incertitude décevantes.

Il s'agit de distinguer le normal de l'anormal. Remarquons d'abord que la comparaison entre le moi d'autrui et le moi propre est une gageure inutile et même nuisible. En admettant même que le psychologue ait pratiqué avec succès le principe socratique du « γνωθι σεαυτον », on ne peut comparer entre elles des choses totalement différentes sans risquer d'aboutir à des résultats faux. C'est un principe mathématique qui s'applique parfaitement ici et, malgré le pansexualisme, je doute fort que les psychanalystes puissent découvrir 2 subconscients semblables..... Encore moins 2 mentalités approchantes !

La comparaison avec le critère de la réalité est un problème encore plus difficile. Qui peut en effet, sans une étonnante vanité, prétendre être en contact avec la réalité ? Où est-elle, cette réalité qui doit nous servir de mesure ? Un esprit génial comme Galilée peut être traité de fou et avoir raison contre tout le monde.

Et alors à quel monstrueux point d'interrogation va nous entraîner la philosophie ? Quel est donc du médecin ou du patient celui qui est vraiment en contact avec la réalité ?...

N'avez-vous pas tous observé dans vos services beaucoup de délires hypocondriaques qui ne sont en fait que des inquiétudes légitimes basées sur des troubles organiques plus ou moins mal interprétés, mais existants ?

Ne vous semble-t-il pas parfois, en lisant certaines analyses psychologiques très profondes, peut-être même trop profondes, que s'il y a délire, c'est plutôt du côté de l'interprétateur que de l'autre ?

Enfin, comment peut-on affirmer que les malades ont perdu contact avec la réalité, alors que l'interrogatoire de certains sujets après leur guérison prouve péremptoirement qu'il ne s'agit là que d'une fallacieuse apparence ? Que de problèmes intéressants pour un philosophe ! Mais quel terrain fragile pour un médecin qui fait prendre des mesures de séquestration par l'autorité et qui décide de la responsabilité des prévenus devant les tribunaux !

Ne voyez-vous pas que c'est au contraire parce que beaucoup ont trop délaissé la médecine et la clinique pour se réfugier dans une classification purement psychologique que vous voyez « tant de malades portant autant de diagnostics qu'ils ont fréquenté d'asiles » ? et aussi tant de discussions sur les rapports médico-légaux des aliénistes ? La manie, la mélancolie, la paranoïa ne sont-elles pas différenciées uniquement par des symptômes psychiques ? Et sommes-nous bien avancés lorsque nous avons étiqueté tous nos malades de « schizophrènes » au lieu de les appeler tout simplement des aliénés ?

Je vous demande de ne pas réclamer des cliniciens des solutions définitives pour tous les problèmes de la Pathologie mentale en prétendant par avance, et peut-être avec quelque présomption, que seules la philosophie et la psychologie constituent l'unique voie de salut. Je vous demande de ne pas, par une simple fiction, supprimer l'interdépendance des organes, enlever au cerveau son rôle somatique ni le séparer du corps en faisant une sorte d'étude artificielle sur un « décapité ». Nous avons tous vu trop souvent des alcooliques, des urémiques, des diabétiques, des puerpérales et même des tuberculeux qui guérissaient complètement de leurs troubles mentaux par la simple suppression de leur maladie organique pour ne pas

trouver déjà très beau de découvrir toutes les causes encore souvent méconnues, mais organiques, qui nous permettront d'appliquer une thérapeutique plus efficace que la psychothérapie. Et je suis étonné d'entendre que vous traitez les hypothèses concernant les anomalies des échanges nutritifs, les insuffisances glandulaires, les auto-intoxications et les infections de « mythologie cérébrale », car ce sont là des idées qui nous ont valu de brillants succès et qui me paraissent bien moins fabuleuses que certaines histoires de complexes. Si c'est Westphal qui a dit que « toute psychologie est en psychiatrie une spéculation superflue », c'est bien aussi la voie tracée depuis longtemps par les grands maîtres de l'école française et à laquelle nous désirons rester résolument attachés.

La plus grave erreur que nous ayons commise jusqu'ici est précisément de ne pas nous être suffisamment émancipés de toute espèce de psychologie, et c'est grâce à ce mélange hybride que nous piétinons depuis trop longtemps. L'échec des anciens essais de classification n'est dû qu'à la conservation des critères psychologiques et à la survivance constante de cette fameuse théorie de l'identité des causes qu'il faudra bien abandonner définitivement si l'on veut aboutir à des résultats vraiment scientifiques. Aucune entité nosologique ne peut être basée sur des symptômes mentaux seuls, mais sur un syndrome organique complet. On l'a bien vu quand il s'agit d'isoler la Paralysie générale. Il y a des manies et des mélancolies, comme il y a des épilepsies, comme il y a des fièvres. Ce sont des symptômes, et rien de plus.

Au risque de passer pour des esprits grossiers, nous refusons énergiquement de nous occuper de cette ψυχή, principe inconnu et métaphysique, insaisissable et d'origine différente suivant les systèmes philosophiques en présence, qui n'a pas besoin de nos soins. Nous laisserons donc à d'autres la Philosophie et ses annexes, la psychologie et la psychopathologie que nous ne considérons pas comme des sciences médicales ni même paramédicales.

Mais il arrive que le système nerveux désorganisé a des réactions à son tour sur tout le reste de l'organisme, comme dans la peur, l'inquiétude, l'anxiété et dans beaucoup de névroses. La psychothérapie a dans ces cas une action bienfaisante que nous n'avons pas l'intention de diminuer. Elle est curative, si les troubles ne sont dûs qu'à cette influence cérébrale, mais le plus souvent elle n'est que symptômatique et palliative.

Nous continuerons à l'employer comme par le passé. Quant à la psychanalyse, qui n'en est qu'une modalité, elle emploie des moyens qui peuvent être bienfaisants ou très dangereux selon les sujets auxquels elle s'adresse et la façon dont on l'exerce. C'est pourquoi son application ne peut être tentée qu'avec infiniment de prudence et de tact et surtout pas par tout le monde. Ces deux méthodes ne sont d'ailleurs que des procédés paramédicaux, dont l'action reste limitée en Pathologie mentale à des cas exceptionnels.

Par contre, l'amélioration et la guérison de presque tous les troubles mentaux, sauf ceux qui résultent de maladies incurables, peuvent être obtenues par des moyens purement médicaux, sans intervention d'aucune sorte de procédé psychologique.

Nous demandons donc, au contraire de notre collègue le Dr Répond, que les écoles nouvelles s'intéressent plus exclusivement que par le passé à la clinique générale et aux maladies de ce corps que l'on dédaigne par trop et qui n'est cependant pas si négligeable.

M. Hesnard (de Toulon). — Messieurs, Il a fallu à l'éminent rapporteur un certain courage pour aborder ce vénérable sujet. Mais il a eu moins de mérite à proclamer — une fois de plus — la confusion des méthodes, le désordre des théories, le ridicule navrant des querelles d'Ecole (ridicule qui, entre parenthèses, lui a suggéré un amusant lapsus, page 14, le mot de *malade* étant substitué au nom de *médecin*)... bref, toute l'« anarchie psychiatrique » déjà dénoncée par votre regretté président le Dr Arnaud. Car son rapport n'est qu'une paraphrase de la désespérance socratique ; nous ne savons qu'une chose, c'est que nous ne savons rien !

Eh bien ! je ne suis pas de son avis. Et il me permettra, au nom de notre communauté d'idées sur le terrain de la Clinique courante, de faire ici au contraire, en même temps qu'une mise au point, un acte de confiance dans l'avenir de notre spécialité, réduite à ses propres forces, car elle est la plus féconde de toutes les spécialités médicales.

***

La Psychologie n'aurait jamais égaré la Psychiatrie et l'aurait même aidée à progresser, si les psychologues n'en

avaient fait leur servante, venant à nous dans le but unique de puiser dans les faits morbides quelque justification à leurs théories.

Or c'est le contraire qui s'impose : Observer ce qu'il y a de psychologique dans l'aliéné, c'est-à-dire, la plupart du temps, presque tout ; le décrire, et, dans la mesure où on le peut, sans échafauder d'hypothèse inutile, l'expliquer.

Le principal préjugé qui retarde la constitution de cette *Psychologie clinique*, c'est ce principe erroné que la mentalité morbide est une mentalité normale déchue. Or, je soutiens que la pensée morbide est une chose et que la pensée normale en est une autre ; que le monde dit réel, du normal et le monde intérieur, de néoformation, du malade s'interpénètrent chez celui-ci d'autant plus facilement qu'ils ne se confondent jamais ; que chacune de ces deux pensées relève respectivement d'une psychologie spécifique, de lois propres, d'unités différentes ; et que le psychologue clinicien doit avoir recours à une méthode qui diffère de celle du psychologue de la vie normale aussi radicalement que celle de l'astronome diffère de celle de l'histologiste.

Il n'y a rien, ou presque, à retenir pour nous de la Psychologie normale, qui en est d'ailleurs restée jusqu'ici, il faut bien l'avouer, à un stade, sinon théologique du moins mythique. Lorsqu'on veut comprendre le malade psychologiquement, on se trouve devant un concret, un concret complexe fait de mouvements intérieurs ou extérieurs, de comportement, de langage, et surtout d'émotions et de sentiments monstrueux, tératologiques, dont l'analyse nous fait immédiatement descendre sur un plan inconnu de la psychologie normale ; le plan affectif pur, reliant la vie organique, tissulaire et humorale, par l'intermédiaire du système nerveux, aux grands courants biologiques, d'expression psychologique, permanents comme les instincts ou explosifs, comme les émotions. Or, tout est à créer pour cette étude de la Dynamique élémentaire de l'esprit et jusqu'aux termes scientifiques même d'Instinct et d'Emotion qui, si l'on doit parfois nécessairement les emprunter à la Psychologie générale, doivent être soigneusement définis et délimités.

En particulier, il n'est pas de « fonction » dont la détérioration expliquerait l'excitation ou la dépression périodiques, la création délirante, la confusion d'esprit, la discordance schizophrénique. Les faits morbides sont rarement des défi-

cits, des carences. Ce sont — comme les néoplasies, les tissus inflammatoires, les dermatoses — des concrets positifs, des productivités, qu'il faut étudier en elles-mêmes, sans vouloir à tout prix les rattacher au normal. Et l'explication psychologique actuelle de certains faits psychiques morbides font songer à l'inanité d'une explication médicale qui, pour étudier le cancer, irait imaginer une « fonction » d'harmonie tissulaire ou, pour expliquer l'eczéma, une « sous-fonction » anti-vésiculeuse !



Cette Psychologie clinique, comme la Clinique elle-même, dont elle est le couronnement, est un *art* autant qu'une science. A tout bien prendre, pourtant, il est peu de travaux essentiels et durables en matière de Psychologie clinique. Et ceci me paraît dû à l'orientation scientifique trop exclusive des nombreux chercheurs dans ce domaine. Car la Psychologie clinique, sans avoir encore été décrite dans son ensemble, a déjà donné lieu en France (et sans qu'on ait eu besoin pour cela de ces trop nombreuses et quelque peu pédantesques conceptions que le rapporteur a eu la patience de nous énumérer) à un certain nombre de descriptions, auxquelles on peut seulement reprocher d'avoir voulu, chacune respectivement, s'étendre à toute la Psychiatrie : Régis a établi la psychologie de la confusion mentale et du délire onirique, Dupré celle de l'imagination morbide, Sérieux et Capgras celle de l'interprétation, etc... A l'étranger les synthèses cliniques de Bleuler sur la schizophrénie et celles, trop générales d'ailleurs, de Kræpelin, sur les grands types évolutifs, comportent une base psychologique comparable. Parmi les cliniciens de la névrose, P. Janet a écrit la psychologie des obsédés considérés sous un certain angle, celui de la force psychique, et Freud sur l'œuvre duquel je reviendrai, en a écrit une autre considérée sur l'angle de la sexualité...

Cet art scientifique, qui exige non seulement une grande culture générale et médicale mais une intuition naturelle, un don, une aptitude particulière, ne saurait être malheureusement que l'apanage de certains esprits, car le sens humain qui en conditionne l'exercice doit s'allier — habitude mentale assez rarement compatible avec lui — à une discipline d'observation impitoyable, digne du meilleur naturaliste, du meilleur biologiste, nous dirons même, — sans vouloir flatter cer-

tains de nos confrères, — du meilleur neurologiste. Si le rapporteur considère comme fragmentaires et inconstants les apports de cet art clinique, c'est qu'il isole artificiellement l'intuition spécifique qui le caractérise du point de vue de l'individu observateur. Car, associé à l'expérience et à la critique objective, il donne à lui seul et en un instant, beaucoup plus de choses que n'importe quelle minutieuse et longue observation de laboratoire. Et ce n'est pas par insuffisance que pèche le psycho-diagnostic mais par excès, en donnant à un observateur intuitivement bien doué mais insuffisamment discipliné scientifiquement l'illusion qu'il a compris et qu'il peut interpréter avant d'avoir fini d'observer. M. Répond, qui apprécie la méthode psychanalytique, sait bien, par exemple, quel rôle joue l'intuition scientifique dans ce procédé de connaissance psychologique si délicat. Or, il est d'accord avec moi pour reconnaître que la Psychanalyse nous a fait pénétrer, sur le plan de la pensée morbide, dans un monde nouveau. Ce qui m'amène à résumer mon opinion sur cette question de la Psychanalyse, sur laquelle vous m'avez fait, il y a déjà de longues années, l'honneur de me nommer rapporteur à votre Congrès.

***

Il faut aujourd'hui du courage pour dire de la Psychanalyse, dans un Congrès de langue française, ce que nous en pensons, M. Repond et moi, qui l'avons correctement pratiquée, à savoir que la portée de son enseignement dépasse de beaucoup celle des autres méthodes psychologiques. Car l'isolement professionnel des psychanalystes pratiquants, — tant chez nous qu'à l'étranger — ainsi que leur trop étroite spécialisation, ont causé en pratique psychothérapique de cruels et retentissants déboires, lesquels ont eu pour fâcheuse et injuste conséquence de faire méconnaître la valeur biologique considérable des découvertes de Freud.

Si on laisse de côté sa terminologie mythologique et si, au nom de l'esprit de mesure, l'on fait la part de sa hantise pansexualiste, il faut bien reconnaître que chercher à pénétrer la personnalité d'un psychonévropathe sans analyser l'histoire de sa formation sexuelle de ses échecs sexuels dans la vie, est une tâche stérile.

Assurément la Psychanalyse n'a jusqu'ici expliqué que le contenu des névroses et des délires, la signification humaine

des expressions morbides par rapport à la biographie personnelle du malade. Il est même très possible qu'elle ne nous donne jamais les lois psycho-biologiques en vertu desquelles le refoulement des grandes tendances intinctives humaines aboutit aux symptômes chez un petit nombre d'individus spécialement fragiles seulement. Mais, outre que toute psychologie partie du normal ne donnera sans doute jamais davantage, il fallait bien commencer par là. Grâce à la méthode de Freud, l'expression délirante cesse d'être une énigme, un automatisme analogue à celui de la chorée ou de la jargonophasie. Et c'est peut-être par la voie de cette compréhension du contenu de la Psychonévrose que nous pourrons dans l'avenir préciser les lois spécifiques de la productivité psychique morbide, de cette productivité maligne qui, narguant jusqu'à l'ultramicroscope et la chimie humorale la plus subtile, n'en bouleverse pas moins avec la fatalité des grands fléaux, l'organisme psychique et la personnalité.

Ce que je viens de dire des relations de la Psychiatrie avec les sciences psychologiques s'applique à ses relations avec les autres sciences et méthodes. La Psychiatrie peut emprunter certains rares enseignements à la philosophie, à Bergson par exemple ; à la Physiologie cérébrale qui nous apprendra certainement beaucoup de choses dans les psychopathies organiques ; en étudiant ce qu'il peut y avoir de localisable en elle, elle fera la « neurologie des états psychiatriques ».

Elle pourra emprunter également des méthodes de mensuration de certains faits mensurables aux psychotechniciens, ces bénédictins consciencieux de l'expérience psychologique et de la statistique professionnelle, mais sans espérer que jamais leur science n'atteigne l'essentiel du problème psychiatrique, à savoir le complexe de la personnalité morbide.

La sociologie lui apprendra les analogies instructives de la mentalité morbide avec la mentalité primitive. Analogie intéressante comme le parallèle avec l'enfant, mais qui ne touche pas le fond de la question.

Si bien que ma conclusion est que la Psychiatrie doit, contrairement au désir du rapporteur, se méfier des excès de zèle de ses collaborateurs, qui risquent, par suite de leurs charitables efforts, d'empiéter stérilement sur un domaine qui ne leur appartiendra jamais. *La Psychiatrie sera autonome ou ne sera pas.*

L'aliéné n'est pas malade parce qu'il a une lésion plus ou moins localisée du système nerveux ou parce qu'il régresse à une phase sociale primitive supposée pour les besoins de la cause, encore moins parce qu'il est constipé ou azotémique. Si même un jour se réalisait pleinement le pauvre rêve de certains psychiatres dits organicistes qui sont ici, à savoir que chaque étiquette nosologique correspondrait à un type de lésion cérébrale, à quelque corps chimique en excès dans les humeurs ou à quelque microbe dans les tissus, la découverte de ces agents étiologiques — assurément souhaitable du point de vue thérapeutique — ne dispenserait nullement le clinicien, pour faire un diagnostic et un pronostic, c'est-à-dire œuvre médicale essentielle, de décrire l'homme malade de l'esprit et par suite de faire de la Psychologie.



Pour terminer, je me permettrai de faire une prédiction qui vise à désarmer le scepticisme des vieux et à stimuler l'ardeur des jeunes.

C'est ce rôle psychologique du psychiatre dont j'ai parlé tout à l'heure, cet art humain de connaître l'homme malade de l'esprit, qui fera de plus en plus son utilité sociale de premier plan, qui le fera descendre de sa tour d'ivoire manicômiale dans les familles et les collectivités professionnelles ou sociales. Dans les sociétés futures — à supposer qu'elles ne soient pas abêties par un culte primaire de la science exclusivement positive ou matérialiste — le psychiatre, étant le plus humain des psychologues, connaîtra enfin la place privilégiée que son rôle social lui assigne.

M. J. Vié (d'Ainay-le-Château). — Après avoir entendu le brillant exposé de M. Repond, qui traduit une si haute élévation de pensée, il semble qu'on ait mauvais gré à vouloir réduire encore la psychiatrie au rang d'une simple branche de la médecine, au rang d'une science naturelle.

Néanmoins, il n'est peut-être pas inutile de préciser sa position vis-à-vis de la psychologie, ou plus exactement des diverses conceptions courantes de la psychologie.

Ce problème n'est pas nouveau, et tout le long du XIX[e] siècle il s'est posé bien des fois. Mourgue a retracé, à la Société médico-psychologique (29 janvier 1917), les phases succes-

sives de la vie de J.-P. Falret, qui, après avoir cherché dans l'anatomie la méthode capable de livrer le secret des maladies mentales, s'était tourné vers la psychologie. Il persévéra 15 ans dans cette voie, puis dut reconnaître que l'application à la psychiatrie d'une psychologie fondée sur des spéculations philosophiques constituait une erreur et « un travail tout artificiel ». J.-P. Falret revint à l'analyse clinique des malades, cherchant à atteindre ce qu'il appelle « le fond de la maladie ».

Dans son discours présidentiel, à l'ouverture du Congrès de Besançon 1923, Henri Colin constatait que l'application de la psychologie à la psychiatrie avait été tentée à bien des reprises, toujours sans succès. Lui aussi concluait à la primauté de l'analyse clinique objective, que l'on a une tendance si générale à délaisser de nos jours, au profit de synthèses subjectives d'inspiration métaphysique.

1) Il faut pourtant reconnaître que la psychologie normale demeure insuffisante devant la pensée morbide. Blondel a bien montré que celle-ci restait irréductible aux procédés du syllogisme habituel. On a parlé de logique affective, de mentalité prélogique, de retour aux modes de pensée des enfants. En réalité, le psychisme morbide est fondé sur un certain nombre de processus : insuffisance cérébrale (de l'arriération, de la démence, de la confusion mentale), automatisme mental au sens de de Clérambault, hallucinations vraies, discordance fondamentale de la démence précoce, etc..., qui ne sont en rien réductibles aux phénomènes psychologiques, qui n'ont aucun homologue dans la vie mentale normale, ils sont, suivant le mot de Kleist, *hétéronomes* ; comme l'écrit Bumke, « nous sommes psychologiquement impuissants devant eux ». « Je tiens, dit encore H.-W. Gruhle, le délire vrai pour un symptôme indéductible, inintelligible, organique. »

2) La psychologie étudie le contenu, elle ne peut fournir les conditions de la pensée, qui sont en rapport avec la structure du cerveau, ni les données évolutives, qui relèvent du processus morbide et par conséquent appartiennent à la pathologie pure. Sous les idées de grandeur, de persécution, de jalousie, de zoopathie interne, de grossesse, de négation, etc..., le psychologue peut discerner des mécanismes de compensation, de refoulement, de transfert..., il n'en résulte aucun pronostic, aucune lumière sur le facteur causal, souvent aucune prise thérapeutique. Dans les cas évoluant vers la démence, on assiste à l'effondrement des délires qui ailleurs, avec un

état de confusion aiguë, disparaissent sans laisser de traces, ou dans des psychoses chroniques, s'enrichissent d'incessants apports. La psychologie n'atteint pas le noyau morbide, en dehors du cas des réactions psychogènes qui éclosent d'ailleurs sur des terrains spéciaux.

3° Au cours de ces dernières années, s'est imposée une révision des notions anciennes sur les rapports de l'organique, du fonctionnel, du psychique. Les acquisitions récentes sur les formations de la base du cerveau, sur les encéphalites épidémiques et psychosiques toxi-infectieuses, sur les troubles psycho-moteurs et la reproduction expérimentale de la catatonie, font apparaître les phénomènes psychiques *sur le même plan* que les divers troubles neurologiques, moteurs, sensitifs, trophiques. Il ne s'agit plus d'opposition, de parallélisme ou de subordination d'une série à l'autre, mais de *séries indépendantes* qui répondent à des atteintes différentes en répartition ou en intensité, bien que de signification équivalente. Il y a des troubles psychiques histogénétiques, physiogénétiques, psychogénétiques.

Pour aborder l'étude des uns et des autres, le psychiatre n'a pas à se départir d'une attitude objective. Il faut qu'il parte du connu pour aller à l'inconnu, de l'élémentaire au complexe, de l'organique au fonctionnel, qu'il isole les troubles proprement morbides et les réactions du psychisme aux conditions de fonctionnement que lui impose la maladie. La physiologie cérébrale offre les notions nouvelles de la chronaxie et des réflexes conditionnels, dont les applications n'ont encore été que bien restreintes. Parmi les méthodes de la psychologie, certaines ont un degré d'objectivité beaucoup plus grand que d'autres : l'étude comparative du comportement gestuel et verbal, les procédés expérimentaux avec les divers tests ont une valeur certes relative et limitée, mais certaine, à laquelle ne pourraient prétendre les méthodes purement introspectives, ni celles qu'inspirent des théories métaphysiques : « musique et littérature, disait Henri Colin, musique délicieuse, littérature agréable, ce n'est que de la musique ».

Certes, plus que les autres branches de la médecine, la psychiatrie nous invite à philosopher et nous aurions bien tort, pour notre culture générale, de nous y montrer rebelles... Mais dans notre labeur scientifique, nous avons le devoir de faire œuvre positive. La psychologie, comme l'anatomo-physiologie, est notre précieux auxiliaire de tous les instants. A côté

d'elles, la sociologie n'a pas encore conquis la place qu'elle mérite. Ce ne serait pas un progrès que l'une de ces sciences absorbe l'autre. La psychiatrie aurait beaucoup à y perdre, aussi croyons-nous qu'il ne faut pas abandonner sa méthode fondamentale : l'observation clinique, objective et intégrale, ni perdre de vue sa fin dernière, le traitement des malades, auquel les méthodes psychothérapiques ont d'ailleurs apporté une si importante contribution qu'on ne saurait trop développer.

M. G. Vermeylen (de Bruxelles). — Il faut féliciter sans réserve le rapporteur pour son courageux exposé. Cet exposé était d'autant plus courageux que n'était l'article de foi psychanalytique qui le termine, ses conclusions paraissent assez décevantes. Et j'avoue que j'ai personnellement beaucoup plus foi que lui dans l'influence de la psychologie générale sur la psychiatrie.

Il faut tout d'abord relever un certain nombre de confusions qui rendent la compréhension du rapport un peu difficile.

C'est tout d'abord la confusion entre la psychologie et la philosophie. Le fait par exemple que Bergson a influencé un certain mouvement psychiatrique ne prouve nullement que cette influence était d'ordre philosophique. Bergson est un philosophe doublé d'un excellent psychologue et certains de ses livres, comme « Matière et Mémoire », sont bien plus psychologiques que philosophiques. Et c'est en cette qualité de psychologue que son influence s'est fait sentir.

Pour ce qui est de la psychologie personne ne conteste plus son influence et la plupart de ceux qui connaissent les efforts constructifs de la psychologie moderne comprennent l'influence qu'elle peut avoir sur la psychiatrie et surtout sur la psychopathologie.

Il n'en va pas de même de la philosophie qui ne peut vraiment nous être d'aucun secours. Tout au plus si elle peut donner au psychiatre un peu plus de culture générale, ce qui n'est pas à dédaigner dans une science qui reste encore un art dans beaucoup de ses applications pratiques.

Une autre confusion est celle entre la pratique et les doctrines psychiatriques. Dans la pratique psychiatrique il y a seulement une attitude possible : celle du clinicien. Et nous pouvons dire en passant que beaucoup de psychanalystes ont

perdu tout crédit auprès des psychiatres parce qu'ils n'étaient pas des cliniciens ou avaient oublié qu'ils l'étaient.

Mais la clinique n'est pas restrictive : elle prend de toutes mains, et toutes les disciplines lui sont bonnes du moment qu'elles peuvent l'aider dans son œuvre de compréhension de l'état morbide et de traitement. Dès lors, ni un organiciste pur ni un psychologue pur ne peuvent, à mon sens, être de bons cliniciens et le poids de leurs doctrines doit étouffer leur sens clinique, à moins qu'ils ne laissent leurs théories à l'entrée de la salle des malades.

Dans le domaine doctrinal, au contraire, toutes les divergences sont possibles. On quitte ici, avec trop de facilités, le terrain des faits et des connaissances d'expérience et on aborde délibérément celui des interprétations et des hypothèses. Ici organicistes et psychologues purs peuvent s'en donner à cœur joie. C'est l'éternelle dispute de l'âme et du corps et de la prépondérance de l'un sur l'autre. Je ne suis pas convaincu, par ce que le rapporteur nous en livre, de la grande influence de certains mouvements psychologiques, voire même philosophiques, sur la psychiatrie actuelle. Et l'exemple de Prinshorn me semble plutôt un recul vers le moyen âge psychiatrique qu'un gain pour l'avenir.

Par contre, il est évident que les théories organicistes pures sont encore incapables de nous donner une psychopathologie quelque peu présentable. Il suffit de lire la psychologie objective de Bechterew ou même de se figurer toute la psychopathologie réduite à ce que nous donne Pavlov pour comprendre quel fossé est encore à combler entre l'organique et le psychique. Les efforts organicistes ont eu l'immense avantage de réduire de plus en plus le nombre des états mentaux dits essentiels et de nous donner des connaissances étiologiques qui s'étendent à un nombre de plus en plus étendu de cas. Ils ont jusqu'ici échoué à établir le raccord entre la cause organique et les effets psychiques et à expliquer le mécanisme des uns par la présence des autres. C'est pourquoi je suis d'accord avec le rapporteur pour admettre l'influence de la psychologie moderne sur la psychiatrie. Auparavant la psychologie associationiste et intellectualiste usait de la psychiatrie comme d'un champ d'expérience et c'était cette dernière qui lui posait ses problèmes. Souvent aussi c'étaient des psychiatres, comme Moreau de Tours, Baillarger, qui les résolvaient. La psychologie restait loin du cas concret et de l'individuel et ne pensait

pouvoir l'atteindre que dans le cas psychopathologique et par l'intermédiaire du psychiatre. A l'heure actuelle la psychologie est devenue de plus en plus vivante et aborde elle-même, dans le vivant, les problèmes qui se posent. Il en résulte une psychologie totalitaire qui englobe le psychisme tout entier dans chaque manifestation psychique. Telle qu'elle s'esquisse dans la psychologie de Bergson, de l'Ecole de Wurtzbourg, de la phénoménologie, de la théorie de la Gestalt, même de certaines conclusions du Freudisme et de l'Adlérisme, la psychologie moderne aide incontestablement à dresser une pathogénie psychique qui ne fait pas double emploi avec la pathogénie biologique mais qui la prolonge et la complète.

Cette orientation psychologique nouvelle constitue incontestablement un important enrichissement de la psychiatrie. Mais on ne peut pas dire qu'elle ait des chances de devenir exclusive, voire même prépondérante. Ce ne serait certes pas souhaitable ni possible et nos conceptions, comme notre pratique, en souffriraient.

M. Cossa (de Nice). — M. Repond a su, dans son rapport, exposer clairement et élégamment une matière copieuse sous un mince volume. Il m'a appris beaucoup de choses, sur beaucoup d'écoles psychologiques : je n'en regrette que davantage de ne point me rencontrer avec lui sur ses conclusions.

Si j'ai bien compris sa pensée, la confusion qui n'est que trop évidente en Pathologie mentale, serait le fait de l'insuffisance psychologique et philosophique des Psychiatres.



Je croirais plus volontiers qu'elle est due à ce que Kræpelin déjà reprochait à ces derniers comme leur péché mignon : le besoin que beaucoup éprouvent de construire leur petit système psychologique, sinon cosmologique, et, quand ils l'ont construit, d'en tirer une classification personnelle des syndromes psychiques avec, à l'appui, une terminologie toute personnelle aussi.

Or, à considérer les syndromes mentaux d'après leur seul mécanime psychogénétique (du moins d'après celui qu'on leur suppose...) on en vient à ranger sous la même rubrique des faits cliniquement et étiologiquement fort disparates : telle cette vaste synthèse connue de tous et qui réunit sous une même étiquette le syndrome de Cottard et la démence précoce la plus banale. En outre, la manie du néologisme conduit à la multiplicité des dénominations différentes, pour un seul et

même syndrome. Tel malade, suivant le Psychiatre qui l'examine, et suivant le moment de son évolution où il est vu, sera déclaré atteint de : démence précoce, folie juvénile, folie discordante, hébéphrénie et hébéphrénocatatonie, catatonie et syndrome catatonique, schizose, schizomanie, schizoïdie, schizophrénie, psychose paranoïde ou délire paranoïde, paraphrénie.

Comment voulez-vous que le pauvre médecin se retrouve dans cette salade terminologique ? Un même terme pour des malades qu'il juge tout à fait différents ; douze noms pour une même maladie. Il a tôt fait de conclure qu'on ne peut rien tirer de là, et s'écarte. Si le médecin non spécialisé ignore tout de la Psychiatrie, c'est à la confusion de la langue psychiatrique qu'on le doit. Et cette langue est confuse parce qu'elle est construite non sur des faits objectifs, cliniques ou étiologiques, mais sur ce qu'il y a de plus individuel par essence : sur des théories philosophiques.

Pour corriger cette opposition médico-philosophique, M. Répond propose qu'on dirige davantage vers la Philosophie l'éducation des futurs Aliénistes. Je craindrais fort que le divorce entre la Médecine et la Psychiatrie s'en trouve consommé : cette fois, ce ne seraient plus les Médecins qui s'écarteraient de la Pathologie mentale, mais bien les Psychiatres qui s'éloigneraient de la Médecine.

Croit-on que cela soit souhaitable pour la guérison des malades et pour l'évolution de la Psychiatrie ? J'ai bien peur que non. Certes, le Psychiatre doit s'inquiéter du mécanisme psychologique de chacun des phénomènes mentaux ; et, ce mécanisme intime il ne peut le pénétrer qu'en rapportant à son propre moi le psychisme du malade. (M. Répond a justement signalé les difficultés de cette confrontation). La nécessité de connaître l'essentiel de ce mécanisme est tellement évidente qu'il suffit, sans autrement y insister, d'en donner un exemple : Le médecin qui méconnaîtrait le *primum movens* affectif d'un délire de culpabilité, prendrait son malade à rebrousse poil et courrait à des catastrophes.

Mais, si le Psychiatre se limite à ce point de vue purement psychologique, il fera bien souvent œuvre vaine, du moins quant à la thérapeutique. Pour reprendre le cas auquel le rapporteur donne un certain développement, il est possible que, lorsque je traite un paralytique général, je fasse de la philosophie sans le savoir (je garantis en tout cas que c'est sans le vouloir) ; mais ce que veut le paralytique général,

c'est être guéri. Eh bien ! pour cette guérison, la longue lignée de médecins et de biologistes qui ont découvert le tréponème, rapporté la Paralysie générale à ce dernier, inventé malariathérapie et stovarsolthérapie, ont beaucoup plus fait que le psychologue qui expliquera le mécanisme intime de l'idée de grandeur !

Pareillement, on a pu multiplier les systèmes sur le mécanisme de la démence précoce : on a pu imaginer à celle-ci un développement purement psychogénétique, puis généraliser ce même mécanisme aux deux tiers de la Psychiatrie... tout cela a beaucoup moins d'importance pour la guérison d'un catatonique que la mise en évidence expérimentale de la catatonie tuberculeuse et que celle surtout de la catatonie coli-bacillaire et de son traitement par le sérum de Vincent.

A prendre ainsi parti, je risque certes de m'attirer le reproche de prêcher pour ma paroisse, de ne raisonner qu'en médecin.

Si j'accepte cette accusation d'un cœur léger, du moins protesterai-je contre celle de faire profession de matérialisme. Je ne crois pas que même « l'opposition aux méthodes uniquement psychologiques » procède d'un postulat métaphysique, de celui-là pas plus que d'un autre. La question est ailleurs !

A l'attaque de l'agent pathogène, l'homme, ce complexe psycho-somatique, répond à la fois par des réactions somatiques et par des réactions psychiques. Ne considérer que ces dernière, les isoler artificiellement du reste, c'est d'abord négliger toute une série d'éléments réactionnels, importants à connaître et à traiter (par exemple les crises vasomotrices des confus, génératrices de paroxysmes d'angoisse). C'est surtout se condamner presque sûrement à ignorer l'agent étiologique : tant les réactions psychologiques sont diverses, parce qu'essentiellement individuelles, donc difficilement utilisables pour remonter à la source du mal. Que penserait-on d'un médecin qui s'interdirait de s'attaquer à l'agent étiologique, et qui, parmi les phénomènes réactionnels présentés par son malade, se bornerait à en favoriser quelques-uns, pour totalement négliger les autres ?

M. Courbon (de Paris). — Mon intervention ne sera qu'un commentaire ou plus exactement une critique de la phrase de Monakow citée dans le rapport. « Ce qui nous manque aujour-

d'hui, ce ne sont pas les faits, ils surabondent, mais plutôt un esprit synthétique qui saurait les comprendre. »

De tous temps, les médecins qui ont étudié les troubles mentaux se sont crus en mesure d'en faire la théorie. Hippocrate invoquait l'échauffement du sang et l'imprégnation du cerveau par la pituite et par la bile. Willis invoquait les esprits animaux, Boerhave l'atrabile, Pinel intitula son ouvrage *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*. Daquin intitula le sien *Philosophie de la folie*. Et le titre de la thèse inaugurale d'Esquirol fut : *Les passions considérées comme causes, symptômes et moyens curatifs de l'aliénation mentale*.

Ce faisant, les aliénistes imitaient leurs confrères qui ont été imités eux-mêmes par les générations suivantes. « A aucune époque, écrivait Charcot, l'observation pure n'est parvenue sans de suprêmes efforts à dominer l'esprit d'hypothèse. En ce qui concerne spécialement la médecine, jamais on n'a vu les intelligences, même les plus stoïques, se borner à constater les faits, sans chercher à les relier entre eux par une théorie quelconque... ; il y a là, il faut bien le reconnaître, une nécessité de l'esprit humain. »

Cette nécessité de l'esprit humain, affirmée par Charcot, l'expérience nous la montre chaque jour. Partout et toujours l'homme veut expliquer les phénomènes avant de les avoir complètement perçus. Il fait la théorie de ce qu'il n'a pas su observer. Le malade qui consulte le médecin au lieu de décrire les troubles qu'il éprouve en fait la pathogénie. « Mes nerfs se sont croisés sur l'estomac ; j'ai attrapé un chaud et froid », dira-t-il s'il est ignorant. Il dira : « Mes hormones fonctionnent mal, ma tension est exagérée », s'il lit le journal. Ni l'un ni l'autre, ne se contente d'exprimer ce qu'il éprouve.

Il en est de même dans tous les domaines de l'activité. C'est ainsi que dans toutes les civilisations, sculpteurs et peintres ne sont arrivés qu'au bout de plusieurs siècles à copier exactement la nature. Et dans les peuplades primitives, c'est à la danse rituelle, non à l'habileté du tireur, qu'on attribue le succès de la chasse.

Or, l'observateur le plus rigoureusement objectif est encore, à l'heure actuelle, dans l'incapacité matérielle de prendre complètement l'observation d'un aliéné. Actuellement, la psychiatrie ne dispose pas encore des moyens nécessaires pour enregistrer la totalité des phénomènes qui sont l'objet de sa science.

D'abord nous n'observons qu'exceptionnellement et pendant peu de temps l'aliéné en liberté. Ensuite à l'asile, seul lieu où nous puissions l'observer attentivement, son langage constitue la principale manifestation de sa pensée, puisque sa conduite n'y est pas libre. Or, ce langage, nous sommes dans l'impossibilité de le noter avec exactitude. L'expérience a prouvé que la conversation des déments et même des délirants échappe aux sténographes les plus experts. Et, ce que nous réussissons à en retenir ne garde pas toujours son sens véritable, du fait que la signification d'un mot varie suivant les circonstances dans lesquelles il est prononcé.

Il faudrait donc pouvoir consigner, en même temps que le discours, toutes les circonstances qui l'accompagnent : circonstances venant du malade, son humeur, l'état de sa santé, son intonation, ses gestes, sa mimique ; circonstances venant de l'interlocuteur, également l'état de son humeur, de sa santé, de son intonation, de ses gestes et de sa mimique ; circonstances venant enfin de l'ambiance, excitations sensorielles, incidents divers qui ont pu se produire. L'usage combiné du cinématographe et du phonographe serait nécessaire pour que la réunion de toutes les données du phénomène étudié nous mît en possession d'une observation représentant réellement, comme le veut Claude Bernard, la nature. « L'observateur, disait-il, doit être le photographe des phénomènes, il faut observer sans idée préconçue. L'esprit de l'observateur doit être passif, c'est-à-dire se taire ; il écoute la nature et écrit sous sa dictée. »

Or la photographie que nous obtenons actuellement est pleine de lacunes et de déformations. La dictée que nous écrivons, pleine d'omissions et de lapsus.

Même avec des appareils enregistreurs parfaits, le passé nous resterait inconnu et sans cette connaissance on ne peut pas trouver la signification exacte de la conduite du sujet, ni de ses paroles, surtout quand celles-ci sont farcies de néologismes. On n'a pas tous les facteurs indispensables pour découvrir le symbolisme de ces néologismes.

Tant que nous ne posséderons pas toutes ces informations, nos théories sur la pensée morbide ne seront que des hypothèses sans solidité. Elles pourront être parfaitement cohérentes, mais elles seront arbitraires comme le seraient les traductions d'un texte dont le traducteur passerait sous silence les mots qu'il ne déchiffre pas. Attribuer à de telles

hypothèses une valeur absolue, c'est faire de la généralisation, ce n'est pas faire de la science. Et Cl. Bernard traite de faux savants, les généralisateurs qui ignorent ou méprisent toute l'importance de tous les détails des procédés d'investigation.

La parole de Kræpelin, vieille de 50 ans, est encore vraie : « La psychiatrie a plus besoin de faits que de théories. » Les soi-disant faits qu'elle possède en surabondance sont encore mal observés, recueillis sans précision, pouvant, suivant la comparaison de Cl. Bernard, servir d'armes à deux tranchants pour appuyer ou pour infirmer les opinions les plus diverses.

Des faits réels, la psychologie aide la psychiatrie à en acquérir en lui fournissant des méthodes. C'est par ses procédés d'examen et non par son système explicatif qu'une théorie psychologique peut être actuellement précieuse pour la psychiatrie.

En revanche, l'exercice de la psychiatrie donne au psychologue qui s'y livre deux avantages que ne lui procurerait jamais sa carrière de savant confiné entre le laboratoire et la chaire : le premier est un champ d'observation sur des individus malades (utilité de la psychologie pathologique), le second est un poste d'observation exceptionnel pour l'étude des individus normaux. En effet, jamais les tests de laboratoires les plus subtils, pratiqués sur les sujets les plus dociles, jamais l'autorité la plus persuasive du maître le plus vénéré interrogeant les élèves les plus confiants ne déterminera un état d'abandon et de sincérité comparable à celui des conjoints, des amants, des parents, des amis du malade mental, au moment où ils le confient au psychiatre dont ils attendent le salut. En le renseignant sur le malade, ils lui livrent sur eux-mêmes, sur la famille, sur maints autres individus normaux une documentation secrète dont la valeur est inappréciable pour la connaissance de la mécanique de l'esprit et du cœur humains.

Pour conclure, tout hypothétiques qu'elles soient les théories ne sont pas à rejeter. « Ce n'est pas que nous rejetions les hypothèses de la science, a dit Cl. Bernard. Elles n'en sont, dans tous les cas, que les échafaudages. La science se construit par des faits ; mais elle marche et s'édifie à l'aide d'hypothèses. » — Psychiatres que nous sommes, ne méprisons donc pas les dresseurs d'échafaudages, mais, avant tout, développons en nous le goût de la solide maçonnerie.

Heuyer (de Paris). — Je dirai d'emblée que je me classe parmi les psychiatres dont la « myopie intellectuelle » réduit la psychiatrie à sa tâche clinique et anatomo-pathologique sans le secours de la psychologie.

La psychiatrie est l'épanouissement de la médecine générale. Si elle a besoin de techniques spéciales, elle obéit pourtant aux mêmes lois pathologiques que toute la médecine. De la médecine viscérale à la neurologie, de la neurologie à la psychiatrie, des faits disparates d'apparence, doivent être étudiés avec la même méthode et la même doctrine.

Dans l'exposé que M. Repond a largement brossé des théories psychologiques qui, depuis Pinel, ont tenté d'influencer la psychiatrie, ou de se substituer à elle, j'en ai cherché vainement une qui ait apporté à la science des maladies mentales, un fait d'observation, un moyen de diagnostic, une méthode thérapeutique. Je ne les reprendrai pas une à une. Je renvoie aux sources du rapport, et je demande à M. Repond quel intérêt ont eu pour le médecin et pour les malades les théories psychologiques et philosophiques dont il a donné le résumé.

Au contraire, dans l'histoire de la psychiatrie, on trouve des noms de médecins d'hôpital ou d'asile qui, glorieux ou modestes, ont observé longuement les malades, ont décrit des symptômes nouveaux, ont isolé des maladies, ont insisté sur une évolution, quelquefois ont décrit des lésions, et nous ont permis d'apporter une précision plus grande dans le diagnostic, des moyens plus sûrs de pronostic et de traitement. Si je m'en rapporte seulement à ces 20 dernières années, je vois qu'on peut mettre facilement en évidence quelques faits nouveaux qui ont apporté des clartés nouvelles en psychiatrie.

L'encéphalite épidémique, maladie multiforme, neurologique et psychiatrique, dont les lésions histologiques fines, parcellaires, dissociées ont éclairé singulièrement l'origine de certains syndromes neurologiques et ont reproduit presque expérimentalement la plupart des syndromes psychiatriques connus.

La malariathérapie de la P. G. est peut-être moins intéressante au point de vue thérapeutique qu'au point de vue doctrinal. Elle a transformé l'évolution d'une maladie, considérée comme progressive et incurable, modifié notre conception des démences et fait apparaître de nouveaux syndromes, tels que

le syndrome d'automatisme mental, exceptionnel dans la P. G. ordinaire, livrée à elle-même.

Sans doute la P. G. malariée pose une série de problèmes nouveaux, bien exposés par M. Repond : quand faut-il considérer comme guéri un P. G. malarié ? Doit-on malarier tous les P. G. ? — Mais je ne vois pas en quoi ces problèmes sont philosophiques, comme l'affirme M. Répond : ce sont des problèmes cliniques, comme il peut s'en poser pour toute autre maladie générale.

L'introduction du luminal et des autres dérivés du phényléthyl-malonylurée dans le traitement de l'épilepsie est une autre grande nouveauté. Elle a modifié l'aspect d'une maladie, son avenir, l'utilisation des malades. Mais aussi l'usage chronique des barbituriques chez certains toxicomanes a créé presque expérimentalement des troubles du caractère et de la conduite où la psychogénèse n'a guère à s'exercer.

Il n'est pas excessif de dire que l'encéphalite épidémique, la P. G. malariée, l'épilepsie, produisent tous les syndromes psychiatriques des psychoses et de ce que l'on appelle les psychonévroses.

On peut prévoir aussi que les progrès de la neurochirurgie dans l'ablation des tumeurs cérébrales nous apporteront beaucoup de faits nouveaux dans la production et la disparition des syndromes psychiatriques.

Dans ces acquisitions essentielles, le rôle de la psychologie est nul.

M. Repond insiste sur le rôle de la psychanalyse en psychiatrie au cours de ces 20 dernières années. Je le suivrai volontiers sur ce terrain qui lui est familier et qu'il pense lui être favorable. Je ne suis pas suspect de misonéisme, et je n'ai pas été de ceux qui, avec « les reliquats d'une mentalité prélogique » ont réprouvé la psychanalyse. Il y a 15 ans que je collabore avec des psychanalystes. Bientôt, il sera possible de faire le bilan des bénéfices que la psychiatrie doit à la psychanalyse. Ce serait trop long de traiter aujourd'hui complètement la question.

Il n'est pas douteux que la psychanalyse a modifié certains aspects de la psychiatrie. Celle-ci, trop influencée par les psychologues, était exagérément intellectualiste. La psychanalyse a eu le mérite d'insister sur la place tenue par les troubles affectifs dans la symptomatologie — je ne dis pas : la pathogénie — des psychoses et des psychonévroses. Elle a montré

l'importance de la sexualité dans les préoccupations des malades. Elle a démontré l'existence de la sexualité infantile. Ce sont des faits que la psychiatrie s'est annexés. Quant aux théories pathogéniques, elles n'ont pas fait leurs preuves. Elles n'ont démontré le mécanisme de création d'aucune maladie mentale. Au point de vue thérapeutique, la méthode psychanalytique est une psychothérapie qui guérit certaines psychonévroses, qui redresse certaines conceptions fausses, à peine pathologiques, certaines attitudes plus fâcheuses qu'anormales. Son action paraît plus efficace que celle de la psychothérapie rationnelle, telle que la pratiquait mon maître Déjerine.

La psychanalyse a apporté des faits nouveaux qui ont modifié la psychiatrie. Par contre, je vois aussi le trouble et la confusion qu'ont apportés ses théories psychologiques. Alors que les cliniciens s'efforçaient de préciser les symptômes, les psychanalystes ont confondu les faits les plus disparates au nom d'une pathogénie soi-disant commune et, en tout cas, discutable. Le terme vague de « névrose », de « φ névrotiques » permet aux psychanalystes de dissimuler sous un terme vague leur ignorance clinique.

Ce n'est pas la notion ni le terme de « schizophrénie » qui a apporté plus de clarté ni de précision. Il est devenu plus général, plus vague, plus obscur et plus faux que celui de dégénérescence mentale. Je ne voudrais pas m'étendre davantage sur ce qui me sépare de M. Repond. Pourtant je me permettrai de lui faire reproche d'avoir indiqué d'un mot, en la classant dans la psychologie du comportement, avec le Behaviorisme de Watson, l'étude — je ne dis pas la théorie — des réflexes conditionnels de Pavlow. Il ne s'agit pas d'une théorie psychologique mais de faits expérimentaux distincts de la conception du Behaviorisme. Les travaux de Pavlow représentent assez bien ce que devrait être la psychologie, sous la forme de *physiologie du cerveau*. L'étude lente et patiente des faits, leur observation, leur reproduction expérimentale sont distinctes des méthodes classiques de l'introspection.

L'action fâcheuse de la psychologie classique, des théories philosophiques, de la psychanalyse elle-même dérive de leur finalisme. Alors que tous les faits des sciences expérimentales obéissent à la loi du déterminisme, les théories finalistes ne peuvent rien apporter d'utile à la science des maladies mentales. La physiologie générale est utile à la médecine parce qu'elle applique des méthodes expérimentales et scientifiques.

La physiologie du cerveau, pour avoir une influence sur l'évolution de la psychiatrie, devra abandonner le finalisme philosophique pour les méthodes qui ont, seules, apporté quelque chose de nouveau et d'utile dans toutes les autres sciences.

Cette attitude n'offre pas les faciles avantages oratoires et littéraires des théories psychologiques que nous recommande M. Repond. Elle n'est pas immédiatement séduisante pour les philosophes et les psychologues qui, à l'imitation de Bergson et d'Adler, se livrent à des considérations brillantes sur l'évolution créatrice et l'instinct de puissance, ou à la suite de Jaspers et de Schneider développent la pénétration intuitive et la phénoménologie.

Le psychiatre, le médecin des maladies mentales qui ne se préoccupe pas de psychologie, mais de physiologie du cerveau, se borne à étudier lentement et patiemment les malades, les comparer, les réunir sans essayer de les rattacher à une théorie préexistante. C'est un travail quotidien, médiocre, obscur, terre à terre. C'est le seul dont jusqu'à ce jour ait bénéficié la psychiatrie.

Ce n'est pas pourtant que des idées générales ne permettent pas de relier les faits disparates. La comparaison, la généralisation, l'abstraction peuvent s'exprimer par des lois. Ainsi la loi de l'âge, la loi de la massivité, exposées par de Clérambault sont des lois physiologiques qui aident à comprendre les conséquences de l'agression infectieuse, toxique ou traumatique sur le cerveau à diverses périodes de son évolution. Entre Kræpelin et Klages, le premier, bon ouvrier qui a remis sans cesse son œuvre sur le chantier, a apporté davantage à la psychiatrie que le second qui oppose l'âme à l'esprit.

Que les psychiatres évitent « les constructions spéculatives dénuées de sens ». La psychiatrie n'a rien tiré d'utile des théories psychologiques et ce que le psychiatre doit le plus redouter dans l'exercice de son art, « c'est de philosopher ».

Ce n'est pas pour le vain plaisir d'une contradiction que je rejette le conseil final de M. Repond. Trop souvent la psychiatrie a été considérée comme un art oratoire et dialectique auquel suffisent les méthodes d'investigation psychologique d'introspection et de conversation entre deux interlocuteurs, le médecin et le malade. Il résulte de cette conception que nos services de médecine mentale, à part de très rares exceptions, sont privées des laboratoires et des appareillages qui sont nécessaires à la médecine générale et à la neurologie et de

ceux, plus spécialisés, qui sont nécessaires à la psychiatrie. Nous n'avons pas les laboratoires d'études comme ceux de Pavlow dont je connais la description ou ceux de Vogt que j'ai visités à Berlin. Etude expérimentale de l'hérédité, étude expérimentale des données sensorielles, étude des réflexes conditionnels seront plus utiles que les théories psychologiques, verbales, brillantes et jusqu'alors inutiles dans l'étude des maladies mentales.

M. Georges Petit (de Ville-Evrard). — Nous devons tout d'abord des remerciements tout particuliers à M. Repond, pour nous avoir indiqué, dans son rapport si remarquable, l'application à la psychiatrie de théories philosophiques et psychologiques étrangères qui, en dehors de la psychanalyse, semblent encore trop peu connues des psychiatres français. S'il nous était permis d'exprimer un regret, ce serait que l'espace, ou le temps, lui ait manqué pour exposer la théorie de la « Gestalt », les idées de Goldstein, etc., avec tous les développements susceptibles d'en faire apprécier l'importance. Mais sans doute a-t-il estimé que la qualité, indéniable, de ses pages, devait l'emporter sur leur quantité.

Si dans la première partie de son étude, le rapporteur nous a exposé, avec autant d'impartialité que d'humour, les diverses thèses opposées des organicistes et des psycho-philosophes, il semble bien qu'il ait eu l'élégance de se faire l'avocat du diable ; car, malgré quelques gages donnés au camp adverse dans ses conclusions, il est bien évident que ses sympathies, exaltées sans doute par sa pratique heureuse des méthodes psychanalytiques, l'inclinent vers la *prééminence* du psychologique sur l'organique en psychiatrie.

Cette attitude nous paraît, cependant, assez contestable. Dans une communication antérieure (1), nous avons essayé de montrer que si le fait psychologique paraissait avoir, en psychiatrie, une importance prédominante, c'était surtout en raison de sa valeur *sociale ;* mais que, du point de vue méthodologique et médical, on ne saurait, arbitrairement et malgré leur valeur pratique, isoler systématiquement une seule série de faits, les faits psychologiques, de la chaîne des autres phénomènes biologiques qui en forment le substratum, sous peine

(1) G. Petit. — Remarques critiques de méthodologie : L'illusion psychologique en psychiatrie. *Congrès de Limoges*, 1932.

d'aboutir à une véritable psychomancie. La psychiatrie, branche de la médecine, ne saurait échapper à la loi générale des sciences médicales : la recherche des causes organiques. Et malgré les interréactions extrêmement intéressantes et importantes qu'il provoque, le fait psychologique ne se présente, tout de même, que comme un résultat, un produit, — certes infiniment complexe, — de l'activité organique toute entière. Pratiquement, enfin, il n'est peut-être point toujours sans danger de borner l'intervention médicale à la seule psychothérapie ; et, dans des cas nombreux, il apparaît vraiment indispensable de pallier, — en même temps, — au développement de causes organiques dont les désordres psychopathologiques constituent seulement une des manifestations.

Cette attitude organiciste, puisque médicale, n'implique pas plus le dédain des faits et des théories psychologiques que le mépris de la psychothérapie et de ses différentes méthodes. Le fait psychologique n'est-il point, au même titre que l'organique, *biologique* au premier chef ? N'a-t-on point affirmé toujours — et prouvé, depuis que l'on souffre, — que le médecin — quelle que soit sa spécialisation — devait être et se montrer, avant tout, psychologue ? Que penser, alors, d'un psychiatre qui ne consentirait pas à ce devoir, et à cet agrément !

Il est incontestable, d'ailleurs, que les recherches et les méthodes de la psychologie sont venues et viennent toujours apporter à la psychiatrie des contributions de tous ordres pleines d'intérêt. La psychanalyse, en particulier, — malgré les outrances de quelques fanatiques, — éclaire d'explications si ingénieuses le déterminisme symbolique et la psychogénèse des symptômes psycho-cliniques, elle projette sur les innombrables domaines de la psychiatrie des points de vue si nouveaux, elle a révélé tant de faits incontestables, qu'il serait vraiment impardonnable d'en dédaigner systématiquement l'étude.

L'enthousiasme de tant de psychiatres pour le point de vue psychologique et les méthodes psychanalytiques peut être mis, d'ailleurs, en balance avec les tendances organicistes manifestées par tant de psychologues, en particulier de l'école française. « Nous pensons avec tout notre corps », a proclamé M. Janet, dans une formule célèbre qui pourrait servir de trépied à toutes les thèses organicistes. Cependant, qu'un neuropsychiatre éminent, après avoir fait l'inventaire de nos méthodes, aboutissait à cette conclusion : « La psychiatrie doit être basée sur la psychologie pathologique. »

Ce réciproque témoignage de confiance, assez paradoxal, en des disciplines différentes de celles qui leur sont ordinaires, marque sans doute un mutuel désenchantement. Connaissant les limites et les obscurités de notre domaine, nous nous tournons vers des activités différentes et nous venons leur demander, — parce que, justement, nous ignorons leurs égales insuffisances, — ce que nous n'avons pu découvrir dans le champ personnel de notre quotidienne action. Heureuse insatisfaction, d'ailleurs, puisque génératrice de progrès. Car, je ne pense point que, psychanalystes, férus de psychologie, ou psychiatres, enivrés par les récentes conquêtes organicistes, nous soyons les uns et les autres persuadés de posséder chacun les seuls aspects de la vérité. Aussi, semble-t-il désirable de voir se continuer, entre la psychologie et la psychiatrie, ces échanges mutuels ou ces symbioses fécondes, qui furent et seront vraisemblablement de tous les temps : pour l'apaisement, temporaire, de nos inquiétudes, pour le plus grand intérêt de nos recherches réciproques et aussi, et surtout, — je le crois sincèrement, — pour le plus grand bien de nos malades.

Et puisque, à la fin de son remarquable exposé, notre rapporteur nous invite à philosopher, je terminerai en rappelant le conseil bien connu de Voltaire, à la fin de *Candide :* « Il faut cultiver son jardin. » Certes, cultivons, chacun, notre jardin d'élection, puisque, c'est là, dit-on, gage modeste de bonheur. Mais n'est-il pas indispensable aussi, pour le maintien de notre syntonie, d'abandonner parfois cette activité autistique, pour regarder, par-dessus les murs mitoyens, ce que d'autres cultivent dans les jardins voisins ? Et c'est pourquoi nous devons savoir gré à M. Répond de nous avoir permis ce fructueux coup d'œil dans les jardins, élégants et suggestifs, de sa culture psychologique.

M. Henri Baruk (de Paris). — Les discussions que nous venons d'entendre ont trait en somme au choix de la méthode en psychiatrie. Faut-il adopter une méthode exclusive, ou bien faut-il combiner plusieurs disciplines ?

Quelques faits concrets à ce sujet valent mieux qu'une longue discussion théorique. Voici par exemple le cas de cette malade dont j'ai rapporté l'histoire et que j'ai observée pour la première fois au cours d'un grave accès catatonique, avec catalepsie, négativisme, mouvements stéréotypés. De temps en temps, cette malade sortait de son mutisme pour émettre

quelques paroles incompréhensibles parmi lesquelles revenaient les termes de « baudruche », de « médecin russe ». Or, après la guérison de l'accès, nous avons appris que ces termes étaient en rapport avec un délire onirique, au cours duquel la malade se croyait transportée en avion en Russie et pensait que ses proches avaient été fusillés, et n'étaient plus que des baudruches. Il faut noter d'ailleurs que toujours cette personne avait été préoccupée du communisme, et des questions de politique russe, et qu'ainsi les paroles prononcées par elle pouvaient se rattacher à sa personnalité antérieure.

Voilà les données résultant de l'exploration psychologique, données qui permettent de comprendre en partie le *contenu* de la psychose.

Mais quelle était la cause de la psychose, et de ce délire onirique ? Là, l'importance des investigations médicales est capitale. Cette malade était en effet atteinte d'une septicémie colibacillaire avec grave pyélonéphrite. L'onirisme qu'elle présentait était d'origine toxi-infectieuse. Le traitement étiologique par la sérothérapie fut suivi de la guérison.

Voici donc un exemple typique qui nous montre que sans négliger l'intérêt des explorations psychologiques, il faut aller plus loin et rechercher les causes organiques qui déterminent ces perturbations psychologiques, et dont la connaissance permet d'établir un traitement étiologique.

Dans un autre ordre d'idées, j'ai rapporté au cours de l'épilepsie une série de troubles de la contention et du déroulement de la pensée intérieure, au cours desquels des complexes intimes et affectifs sont en quelque sorte projetés au dehors. Sans doute, la psychologie peut nous permettre de mieux comprendre le contenu de ces complexes. Mais, quelle était la cause de leur apparition ? Cette cause était organique, et consistait dans la perturbation cérébrale de l'épilepsie. J'ai même rapporté une observation dans laquelle les prodromes de la crise épileptique étaient marqués par un véritable *syndrome paranoïde intermittent,* dont l'expression symbolique traduisait des complexes affectifs et sexuels.

Je pourrais multiplier les exemples, en parcourant notamment la pathologie toxique ou toxi-infectieuse.

Il ne faut donc demander à la psychologie que ce qu'elle peut donner : la compréhension du contenu des psychoses dans ses rapports avec la personnalité. Mais, ces données psychologiques, si intéressantes soient-elles, sont insuffisantes à dépister l'étiologie des maladies mentales.

Croire à une étiologie exclusivement psychogénique des psychoses, consiste à se nourrir d'une illusion, illusion qui ne peut mener la psychiatrie que dans une impasse.

Les perturbations psychologiques de la pensée, de l'affectivité, etc., sont des effets et non des causes. Ces dernières sont révélées en fin de compte par les investigations médicales.

Quelle est la nature de ces causes médicales ? S'agit-il essentiellement de lésions cérébrales strictement localisées ? Non, certes, les grosses lésions localisées donnent lieu surtout à des syndromes neurologiques. Les syndromes mentaux sont surtout déterminé par des *atteintes diffuses et fines du fonctionnement de la cellule cérébrale,* atteintes comme celles que peuvent réaliser par exemple des intoxications. Ce sont ces atteintes diffuses qui peuvent déterminer surtout les symptômes fondamentaux des psychoses, c'est-à-dire le rêve, les troubles du déroulement et de la contention de la pensée, l'automatisme mental, etc.

Il résulte de ce que nous venons de dire que, si le psychiatre doit savoir utiliser aussi bien les disciplines psychologiques que physiologiques, il *doit agir surtout en médecin* s'il veut vraiment faire une œuvre étiologique et thérapeutique. Toutefois, si la thérapeutique étiologique constitue l'idéal à atteindre, celle-ci est loin d'être toujours possible encore actuellement. La *psychothérapie reste une arme extrêmement précieuse,* et qu'il faut savoir manier. La psychothérapie est utile même dans des affections d'origine organique, et à ce point de vue, bien loin d'opposer, comme on tend à le faire, les données psychologiques et les données organiques, il faut les combiner harmonieusement en vue des meilleurs résultats thérapeutiques. C'est la seule façon d'intégrer les acquisitions psychologiques dans le cadre d'une *psychiatrie étiologique* et *médicale,* qui sera, nous en sommes convaincus, la psychiatrie de l'avenir.

M. O.-L. Forel (Prangins-Suisse). — Il me semble que la discussion a dévié et qu'elle cherche, à tort, à opposer, en psychiatrie, la psychologie à l'organicité. Aucun psychiatre, et M. Repond en est un, ne songe à nier l'organicité d'une paralysie générale, par exemple, qu'il traitera par la malaria ou toute autre pyrétothérapie, et non par la psychanalyse !

Les divergences qui s'affrontent aujourd'hui en termes bien vifs peuvent surprendre ceux qui n'ont pas oublié les classiques débats sur ces questions.

Les divergences entre les psychiatres proviennent en partie du fait qu'ils ont affaire à des malades différents, suivant qu'ils exercent à l'intérieur ou hors des murs des asiles. S'il est vrai qu'il y a des démences organiques, des paralytiques généraux, des endocriniens, il est vrai aussi qu'il y a des « petits mentaux », des troubles nerveux dus à des conflits intérieurs ou extérieurs, donc des « thymoses » (1) chez lesquelles la psychogénèse est bien facile à démontrer puisqu'il suffira, par exemple — et, pour ne pas prôner la psychothérapie proprement dite, je cite des cas courants — de supprimer la cause (conjoint, famille, profession, régiment, etc...) pour guérir la maladie. Chez ces malades, la mise à jour et le traitement de leurs réactions émotives considérables qu'ignorent ceux qui *veulent* les ignorer, rendent des services. Cette psychologie est autre que la psychologie ordinaire. Elle est bien *médicale*.

Il est difficile de prouver la valeur de ces méthodes psychologiques, et il est en effet bien facile de les nier, en soulignant les progrès de la psychiatrie et de la thérapeutique organique (malariathérapie, par exemple).

Toutefois, si on a guéri des paralytiques généraux, on a aussi fait disparaître un grand nombre d'hystériques, depuis les travaux de Babinski ! Babinski, à la suite de ses maîtres, et en grand organicien que personne ici ne suspectera, a cherché lui aussi la lésion chez les « psychogènes ». Il ne l'a pas trouvée, et, devenant psychiatre et *psychologue,* il a défini l'hystérie « la suggestion du pathologique ». Les malades ont guéri lorsque le médecin a compris que la suggestion inconsciente existait !

On ne peut nier que l'étude de l'inconscient soit œuvre des psychologues et non des médecins. Rendons donc à César ce qui lui revient et ne réclamons pas, les uns, un monopole qui nous échappe et ne nions pas, Messieurs les organiciens, l'évidence. Dans le problème de l'hystérie, la psychologie a une influence sur la médecine tout comme, en retour, les données de la psychopathologie et, *à fortiori,* de la physiologie du système nerveux, influencent Messieurs les psychologues de la

(1) De « thymos », sentiment (conflits !), à opposer aux névroses organo-fonctionnelles (Basedow frustes, par exemple adiposo-génitaux, etc...) chez lesquelles les « symptômes de projection » dominent le tableau, qu'ils soient ou non d'origine émotive (psychogène).

Faculté de Philosophie. Mais s'il est exact qu'aujourd'hui aucun philosophe-psychologue ne peut se passer des notions biologiques, physiologiques et psychopathologiques, il est tout aussi vrai que le psychothérapeute qui croit pouvoir se passer de psychologie me paraît faire de l'anachronisme.

En un mot, la psychologie, née jadis de la philosophie, doit devenir médicale, et je vous fais remarquer combien les présents débats illustrent la nécessité de créer une chaire de psychologie médicale et de psychopathologie dans nos Facultés de médecine. Seule, la collaboration entre psychiatres-psychologues et organiciens mettra fin à un dilemme parfaitement dialectique car, à mon avis, ce pseudo-dualisme qui oppose psychologique à organique rappelle l'arc de cercle de Fechner qui est concave ou convexe, suivant que l'on se place à l'intérieur ou à l'extérieur, mais qui reste semblable à lui-même. Je ne puis admettre que l'hypothèse de l'identité psycho-physique qui nous permet de concilier deux points de vue qui se combattent inutilement.

[*Autoréféré*].

M. Paul Abély (de Paris). — Le très remarquable rapport de M. Repond a dépassé, je crois, le but que poursuivait son auteur. Il a en effet réveillé le vieil antagonisme qui existe encore entre les théories organicistes et les théories psychogénétiques et montre que le fossé qui sépare ces deux tendances, loin de se combler, semble au contraire s'approfondir. Cela, hélas, au détriment même de la psychiatrie ! Car il s'agit en fait de deux méthodes d'examen et de recherches qui devraient s'associer, compléter seulement les données purement cliniques et ne pas s'opposer. Elles n'ont ni l'une ni l'autre rien à s'envier, rien à se rapprocher. Et si aujourd'hui on fait le bilan de ces quinze années qui ont vu tant de doctrines nouvelles, tant d'orientations hardies, on s'aperçoit qu'elles ont poursuivi parallèlement les mêmes buts, celui d'éclairer et de simplifier le cadre actuel des notions psychiatriques, celui de préciser l'étiologie des troubles mentaux, celui enfin d'améliorer les possibilités thérapeutiques.

Pour ce qui est de la première ambition, il faut très franchement reconnaître qu'aucune des leurs n'a apporté beaucoup de clarté, et que peut-être, au contraire, si l'on veut réfléchir par exemple aujourd'hui au problème si complexe de la « démence précoce », jamais syndrome ne nous a paru aussi

confus, aussi anarchique, et là organicistes aussi bien que psychologues ont leur part de responsabilité.

Dans le domaine des recherches biologiques, même bilan. Les psychanalystes et les biologistes ont marqué quelque succès et subi beaucoup de déceptions. Et si quelquefois dans ces études étiologiques apparaît l'opposition réelle de ces deux doctrines, d'autres fois aussi on peut apprécier l'obligation heureuse de leur action commune. Combien de psychoses toxiques ou infectieuses dont on connaît exactement la cause exogène, telles par exemple celles dues à l'alcool, présentent des formes particulières à chaque individu, des formes anormalement prolongées que seule peut expliquer et quelquefois transformer la méthode psychologique.

Si l'on aborde le problème des constitutions, des lois de l'hérédité morbide en psychiatrie, on ne peut pas séparer la biologie de la psychologie.

Dans le domaine des essais thérapeutiques, on retrouve le même bilan : quelques succès de part et d'autre, mais aussi que d'incertitudes, que de contradictions, que d'inconnues. (Nous écartons évidemment la malariathérapie hors du sujet). Nous devons reconnaître modestement que nous en sommes encore à la période de tâtonnement, que ces quinze années d'effort ont montré qu'il ne fallait négliger ni dédaigner aucune méthode d'investigation. Toutes sont utiles, surtout si elles sont appliquées avec compétence. Mais ce qu'il faut avant tout éviter, nous semble-t-il, c'est que des tendances excessives dans un sens ou dans un autre fassent oublier la sage et saine clinique qui demeure la base de toutes nos connaissances et celle en particulier de la psychiatrie française. C'est cet oubli qui a provoqué quelquefois les malentendus dont on nous parle aujourd'hui et fait naître les théories trop hâtives qui ne résistent pas à l'expérience journalière.

En psychiatrie, autant et plus peut-être qu'en médecine générale, psychologie et laboratoire ne sont que des adjuvants précieux des données cliniques ; ils ne peuvent pas et ils ne doivent pas être autre chose.

M. René Charpentier (de Neuilly-sur-Seine). — Messieurs, si vous le voulez bien, suivant le conseil du poète, prenons l'éloquence et tordons-lui le cou. A la fin de ce tournoi oratoire, après avoir félicité le Rapporteur et les argumentateurs qui y ont pris part, je me contenterai d'exprimer un regret et un espoir. Le regret, c'est que le sujet proposé n'ait en somme

été traité par personne. Car si l'on nous a parlé longuement des rapports de la psychologie et de la psychiatrie, personne ne nous a montré, historiquement, l'influence des théories psychologiques sur l'*évolution* de la psychiatrie. Et c'était là le sujet du rapport, sujet dont il est inutile de souligner l'importance et l'intérêt.

Aussi, j'espère que dans sa réponse, M. Repond voudra bien nous en donner un aperçu, répondant par la même occasion à quelques questions précises posées par M. Heuyer qui seul, dans la limite du temps dont il disposait, a effleuré le sujet, au moins en ce qui concerne les vingt dernières années.

Prof. A. Donaggio (de Modène). — Je suis sûr d'interpréter le sentiment de l'assemblée en remerciant M. Repond, pour son remarquable rapport, et les collègues qui ont pris part à la discussion. Qu'il me soit permis de rappeler qu'au Congrès d'Anvers, dans une occasion semblable, j'ai affirmé que la solution des problèmes si complexes de la neuropsychiatrie n'admet pas un contraste, mais exige, au contraire, une action concorde de tous les chercheurs, du terrain anatomique jusqu'au terrain psychologique. Je pense que la même conclusion puisse dériver de cette importante discussion.

Réponse du rapporteur

M. A. Repond (de Malevoz-Monthey). — L'extrême vivacité de la discussion et même de la contradiction qui s'est engagée à propos du rapport que j'ai eu l'honneur de vous présenter montre l'intérêt que suscitent ces questions d'ordre général. Je m'en estime très heureux et d'ailleurs les opinions très divergentes que vous venez d'entendre sont bien à l'appui de ma thèse qu'en psychiatrie il y a « tot capita tot sensus » au sujet des conceptions générales qui sont les fondements de notre art, qui en sont, pour me servir à nouveau d'une expression qui m'a été beaucoup reprochée, la base philosophique.

Il semble d'ailleurs que le mot philosophie a donné lieu à certaines confusions au cours de la discussion et que quelques orateurs voient en elle seulement le tintamarre de cervelles dont parlait Montaigne. Ce n'est pas ainsi que je l'entends, car d'après sa définitition la philosophie est la science de l'explication des choses et l'une de ses tâches essentielles est de coordonner, de systématiser les connaissances appartenant

simultanément à plusieurs disciplines scientifiques pour en tirer des conclusions générales.

Or, la psychiatrie est évidemment une science dont les moyens de connaissance, les méthodes, les buts ressortent de plusieurs disciplines. En premier lieu, évidemment la médecine et nous sommes d'accord sur ce point. Mais ensuite de la psychologie, de la sociologie, de la criminologie, de l'ethnologie, d'un bon nombre de sciences juridiques, de l'anthropologie, etc... Pour faire de la psychiatrie il faut coordonner tout un ensemble de connaissances théoriques et pratiques provenant de ces diverses disciplines particulières, et c'est en ce sens que la psychiatrie est une science plus philosophique par définition que les autres branches de la médecine ou des sciences naturelles.

Revenons-en à la psychologie puisque certains des orateurs ne veulent lui accorder en psychiatrie aucune place quelconque, et que l'un d'eux semble nourrir à son égard des griefs particuliers et personnels. Je ferai remarquer à ce propos que le seul moyen d'accès à la psychiatrie est bien le psychisme anormal du malade. C'est là une vérité de la Palice, et je m'étonne qu'un de mes contradicteurs aille jusqu'à la nier : le psychisme anormal d'un individu est le seul symptôme qui le signale à l'attention du psychiatre, qui le rend, de prime abord, justiciable de ses soins.

Les cas de P. G. signalés par Spielmeyer, constatés seulement sur la table d'autopsie, qui n'ont présenté leur vie durant aucun symptôme mental échappent à la psychiatrie et la neurologie est là pour le lui rappeler le cas échéant. Mais si le psychisme anormal est, par définition, l'objet premier de notre science, il est inéluctable que nous devons être à même de savoir d'abord ce qui est normal dans le psychisme et que nous le sachions de manière aussi scientifique que possible, que nous possédions des critères du normal. L'établissement de ces critères est le fait de la psychologie. De même qu'il ne pourrait y avoir d'anatomie pathologique sans anatomie normale préalable, il ne peut y avoir de psychiatrie et de psychopathologie sans psychologie. Le fait que cette dernière science n'en est qu'à ses débuts n'implique nullement que nous devions avoir à son égard l'attitude définie par le proverbe « mépriser passe comprendre » et dont on ne saurait dire qu'elle est scientifique.

Puis, de grâce, qu'on ne me fasse pas dire des choses que je

n'ai jamais soutenues, notamment que je postule en psychiatie une attitude purement psychologique. Je sais, comme l'un de mes contradicteurs, que le tréponème est l'agent de la paralysie générale mais je sais aussi que lorsqu'il est question de la mise sous tutelle, de l'exeat, de la responsabilité d'un paralysé général, ce ne sont pas les critères biochimiques qui en décident, mais bien les critères d'appréciation psychologique. Attendra-t-on pour signer l'exeat d'un malade psychiquement guéri par la malaria, que son Wassermann soit négatif et qu'il n'ait plus qu'un lymphocyte par mm^3.

Il est fort possible que mon rapport paraisse quelque peu déséquilibré dans ce sens que je n'ai pas mis en valeur l'importance comparative des diverses méthodes dont doit se servir la psychiatrie car il est clair pour moi aussi que la clinique doit l'emporter sur les autres. Mais elle n'est pas l'unique méthode dont nous ayons à nous servir et la psychopathologie nous paraît être son complément indispensable.

Le Dr Hesnard me paraît sous-estimer en tant que psychanalyste la valeur des systèmes psychologiques : je lui rappelle les études de S. Bernfeld qui montrent l'enrichissement que la psychanalyse peut espérer en assimilant certaines conceptions provenant de la phénoménologie ou de l'analyse structurale de la personnalité. D'ailleurs ce qu'il vient de dire à propos du monde spécial et hermétique où vit le malade mental est un point de vue donné par la phénoménologie.

M. Heuyer prétend que la psychologie n'a rien fait pour la psychiatrie et me met au défi de prouver le contraire. Or, la seconde partie de mon rapport oral est justement consacrée à un sommaire inventaire de ce que la clinique psychiatrique doit, au point de vue théorique et surtout pratique, à la psychologie, à la psychothérapie et surtout à la psychanalyse. M. Heuyer utilise d'ailleurs beaucoup, si je ne me trompe, dans son service, les tests de psychologie expérimentale et même la psychanalyse. Il faut donc bien croire que si les théories psychologiques lui paraissent contestables, il n'en méconnaît pas la très importante portée pratique.

La critique de M. René Charpentier est entièrement justifiée et c'est même la seule que je puisse accepter. Il me reproche d'avoir à peine traité la question principale impliquée dans le titre du rapport, à savoir l'influence des théories psychologiques sur l'évolution de la psychiatrie. C'est parfaitement exact et c'est en vain que devant un jury aussi sévère que

votre assemblée, j'invoquerais des circonstances atténuantes puisque j'ai choisi moi-même le titre de ce rapport. Voici ce qui s'est passé. J'ai étudié la vie, j'ai lu tout une partie des œuvres des psychiatres les plus éminents depuis plus d'un siècle, pensant que je trouverais chez eux non seulement les types les plus représentatifs de la psychiatrie mais ses interprètes les plus autorisés. Et j'ai dû me convaincre qu'ils différaient tous d'opinion, quant aux conceptions fondamentales de notre science. Il est possible que la multitude des arbres m'ait empêché de voir la forêt mais en tout cas il m'a paru impossible de tenter une synthèse de l'ensemble des théories psychologiques d'une part et de leur influence sur les doctrines psychiatriques d'autre part. L'essai que j'ai fait de résumer la psychiatrie en trois grandes périodes caractérisées par leurs attitudes plus ou moins prédominantes par rapport à la psychologie n'est pas absolument convainquant car les exceptions sont aussi fréquentes qu'une règle hypothétique. Il est possible aussi qu'il soit encore trop tôt pour discerner et voir clairement les grands courants d'interdépendance car il est évident que notre science est actuellement en pleine transformation et qu'il est impossible de prévoir son orientation future.

Je m'attendais à cette levée de boucliers à propos de mon rapport. Certains « organicistes » se croient aisément attaqués et d'ailleurs l'on ne soulève pas tant de questions si essentielles pour la science à laquelle nous vouons notre existence, sans provoquer de vives réactions. L'attitude antipsychologique est pour certains une question de dogme. Or, les dogmes sont affaire de foi et on les défend avec d'autant plus de passion que leur fondement rationnel et scientifique est plus ténu.

Je serais heureux que mon rapport, à défaut d'avoir convaincu de l'importance de la psychologie pour la psychiatrie, ait, tout au moins fait réfléchir aux conditions et aux critères d'existence et de développement de notre science, et fait voir peut-être qu'il n'est pas inutile de s'en souvenir de temps en temps. Je remercie enfin très vivement tous ceux qui ont bien voulu apprécier mes efforts pour exposer d'une manière aussi claire et succincte que possible un sujet complexe et, somme toute, assez difficile.

DEUXIÈME RAPPORT

RAPPORT DE NEUROLOGIE

ET

DISCUSSION

TUMEURS

DU

TROISIÈME VENTRICULE

(Étude Clinique et Thérapeutique)

Les tumeurs du troisième ventricule sont en réalité peu fréquentes et on ne sait pas les enlever, écrivait récemment notre maître Cl. Vincent : leur étude ne présenterait donc, du moins au point de vue pratique, qu'un médiocre intérêt. Mais il nous a semblé que, du point de vue clinique, notre étude ne pouvait ni ne devait se limiter aux tumeurs proprement intraventriculaires, et inopérables. Entre certaines tumeurs suprasellaires, sous-ventriculaires, par exemple, et certaines tumeurs intraventriculaires nées du plancher, il y a cliniquement toutes les analogies et les transitions possibles ; on peut en dire autant pour certaines tumeurs de la région pinéale intéressant la portion postéro-supérieure du IIIe ventricule. Résolument donc, nous avons pris le terme de « Tumeurs du IIIe ventricule » dans son acception la plus large. Nous nous proposons de procéder :

1° après un court rappel *historique* et *anatomique,*

2° dans un premier chapitre, à une *étude analytique des divers syndromes et symptômes* des tumeurs du troisième ventricule ;

3° dans un deuxième chapitre (*diagnostic et formes cliniques*), nous passerons en revue rapidement les principaux *diagnostics différentiels,* puis les méthodes spéciales de diagnostic (*diagnostic positif*) ; enfin, nous insisterons sur les diverses formes cliniques et anatomo-pathologiques (*diagnostic de nature*) : à ce propos, ne perdant jamais de vue le point de vue chirurgical, nous tâcherons de dégager les divers types (de tumeurs suprasellaires extraventriculaires notamment)

opérables, et de les distinguer des types actuellement au-dessus des ressources de la neuro-chirurgie.

4° Enfin, nous indiquerons les grandes *directives thérapeutiques.*

I

I. Nous serons bref sur l'**Historique** de la question et ne citerons que les travaux d'ensemble ou les plus importants, ceux qui font étape.

A. En ce qui concerne *les tumeurs du IIIe ventricule proprement dites :*

Weisenburg, en 1911, réunit 30 cas (dont 3 personnels) ; limitant son étude aux tumeurs des plexus choroïdes et des parois ventriculaires, il exclut, par principe, les tumeurs qui envahissent secondairement le IIIe ventricule. Il distingue trois types anatomiques de tumeurs, selon qu'elles obstruent, ou non, les trous de Monro et l'aqueduc de Sylvius. Il insiste sur les difficultés du diagnostic et aussi, déjà, sur certains troubles de voisinage (paralysies des mouvements associés des yeux, signes cérébelleux), sur les troubles mentaux.

Dans les pays de langue française, *Claude et Lhermitte* publient, en 1917, leur observation princeps, bientôt suivie de celles de Français et Vernier, de Thomas, Jumentié et Chausseblanche ; la thèse de *Chausseblanche* met au point la question en 1923. De nombreuses publications suivent, parmi lesquelles méritent une mention spéciale celles de Barré, van Bogaert (Nyssen et Ley), Christiansen, H. Claude (et Schaeffer), G. Guillain (Bertrand, Périsson, Mollaret), Heuyer (Lhermitte, de Martel et Vogt), de Martel, Obregia, Orzechowski, Rouquier (et Mlle Hoegner), Roussy, Sicard et Haguenau, Cl. Vincent (David, Puech, etc.)... Les travaux des auteurs lyonnais (Bériel, Dechaume...) aboutissent, en 1933, aux deux thèses de *Le Bihan* et d'*Arnaud.*

Parallèlement, sont publiés les travaux d'Agostini en Italie ; de Bartels, Erdheim, Greving, Infeld, Ludecke, Madelung, Burger-Prinz et Gunther (1931) en Allemagne ; de Bailey, Bassoe, Horrax et Bailey, Fulton et Bailey, Allen et Lowell... dans les pays de langue anglaise ; de Marañon et Pintos en Espagne, de Balado en Amérique du Sud...

II. En même temps, d'ailleurs, s'isolent les différents types de *tumeurs chiasmatiques* (Cushing) ou *suprasellaires* (de Martel, Cl. Vincent, Gordon Holmes et Percy Sargent), et les *tumeurs de la région pinéale* font l'objet des études de Glaser, Horrax et Bailey,

Cairns, Dandy, Globus et Silbert, Haldeman ; en France, de Baudoin, Cl. Vincent et Mlle Rappoport ; Alajouanine, Thurel et Oberling ; de Martel et Guillaume...

B. La **Fréquence** *absolue et relative des tumeurs du IIIe ventricule* reste cependant difficile à préciser, les tumeurs du IIIe ventricule lui-même n'étant pas, en tous les cas, très fréquentes. Nous avons pu en retrouver directement une centaine de cas dans la littérature (non compris les tumeurs suprasellaires). La plupart des observations concernent des *sujets jeunes* (15 à 40 ans), parfois très jeunes (avant 10 ans), sans qu'il soit possible de schématiser davantage.

C. Au point de vue **anatomo-pathologique,** on peut observer, au niveau du IIIe ventricule, des types de tumeurs très variés :

1° *Tumeurs secondaires : a)* à un cancer viscéral (sein, voire prostate, estomac...) ; *b)* à une tumeur nerveuse ayant ailleurs une localisation principale (médulloblastome du IVe ventricule avec métastase infundibulaire : Hildebrandt, Apert et Mlle Tisserand, cas XI de la thèse de J. Lereboullet, Barré) ; pinéalome avec métastase infundibulaire : Bailey, Horrax et Bailey, Waren et Tilney... *c)* A ce groupe de tumeurs secondaires, il faut joindre les cas de *maladie de Recklinghausen* avec détermination optique ou tubérienne (Fulton et Bailey).

2° *Tumeurs primitives :* on peut trouver, au niveau de la région du IIIe ventricule, tous les types connus de tumeurs du système nerveux central, et aussi des tumeurs dérivées des tissus hypophysaires et épiphysaires. Parmi les types les plus fréquents, citons seulement, en dehors des *craniopharyngiomes,* des *pinéalomes* et des *méningiomes ;*

les *papillomes ;* tumeurs épithéliales dérivées des plexus choroïdes (tumeurs kystiques à contenu colloïde et avec épithélium cylindro-cubique), en général bénignes (malignes parfois : observation de Nat. Zand) ;

les *épendymomes* ou *épendymoblastomes,* dérivés des spongioblastes épendymaires, et aussi certains *astrocytomes* ou astrocytoblastomes (gliomes sous-épendymaires). Certaines de ces tumeurs sont bien primitivement ventriculaires (et il faudrait peut-être en rapprocher les papillomes du trou de Monro). D'autres n'envahissent que secondairement le IIIe ventricule.

L'étude anatomique détaillée de ces tumeurs sort du cadre de ce rapport.

II

ÉTUDE ANALYTIQUE DES SYMPTOMES

On peut successivement et schématiquement étudier :

A) le *syndrome d'hypertension intracranienne ;*

B) les *syndromes infundibulo-dystrophiques* (*syndrome infundibulaire proprement dit,* y compris l'*hypersomnie ; troubles dystrophiques,* par « hypopituitarisme » classiquement) ;

C) les *syndromes oculaires* (*syndrome chiasmatique* des tumeurs antéro-inférieures surtout, *syndromes oculo-moteurs*);

D) les *syndromes « de voisinage » : cérébelleux,* extrapyramidaux (*parkinsoniens*), *pyramidaux, thalamiques,* uncinés, etc... ;

E) les *troubles psychiques ;*

F) les *données radiologiques et de la ponction lombaire.*

A) Syndrome d'hypertension intracranienne

Il est dominé par la *céphalée :* céphalée classiquement frontale ou occipitale, médiane, quelquefois cependant bitemporale, puis diffuse. Parfois elle prend le type d'une névralgie occipitale et sous-occipitale avec raideur de la nuque. — Parallèlement à elle, évoluent les autres signes cliniques d'hypertension : *vomissements,* du type cérébral ; sensations de vertige (rares relativement) ; *constipation,* si accusée parfois qu'on a pu croire à une obstruction intestinale, et opérer d'autant plus qu'il y avait coexistence de vomissements et de douleurs abdominales (Lhermitte).

Le syndrome hypertensif peut rester fruste et discret ; il est parfois précoce. En général, il est progressif, intense. Son caractère le plus spécial est peut-être son *évolution* intermittente, par poussées: le fait est classique en ce qui concerne les craniopharyngiomes ; il est particulièrement frappant dans certains cas de tumeurs intraventriculaires où alternent poussées hypertensives intenses et périodes de rémission. L'évolution par poussées, par exacerbations paroxystiques entrecoupées de sédations plus ou moins nettes, est un trait important, capital, de l'histoire des tumeurs du IIIe ventricule. Nous y reviendrons.

Aux éléments du syndrome hypertensif proprement dit, il faudrait joindre les crises convulsives, sans caractère particulier ici ; certaines troubles psychiques (voir plus loin). Dans des paragraphes spéciaux, nous envisagerons la question de la stase papillaire et les résultats fournis par la ponction lombaire.

Le syndrome hypertensif est ici le fait d'une hydrocéphalie obstructive biventriculaire, l'obstacle occupant le IIIe ventricule lui-même. La ventriculographie objectivera nettement ce type d'hydrocéphalie obstructive.

B) Syndromes infundibulo-dystrophiques

Nous groupons sous ce titre :

1° d'une part, le syndrome infundibulaire proprement dit de Claude et Lhermitte ;

2° d'autre part, les troubles de la croissance staturale, pondérale et pubérale.

I. Syndrome infundibulaire de Claude et Lhermitte

Les symptômes qui le composent constituent les meilleurs éléments du diagnostic topographique des tumeurs du plancher : hypersomnie, polyurie, glycosurie, troubles de la régulation thermique et vaso-motrice. Ces derniers troubles sont rangés par Fulton et Bailey dans le syndrome infundibulaire proprement dit ; l'hypersomnie serait le signe majeur du « syndrome de la substance grise qui entoure l'orifice antérieur de l'aqueduc de Sylvius ».

1) L'hypersomnie est maintes fois au premier plan.

Elle est plus ou moins intense ; somnolence simple ou léthargie. Elle peut être *continue,* durant des heures, des jours, voire des semaines (7 mois dans le cas partout cité de Salmon) ; elle est plus souvent paroxystique, procédant par attaques brutales et courtes : *narcolepsie* proprement dite (Claude et Lhermitte ; André-Thomas, Jumentié et Chausseblanche ; Braunschwiller ; Souques, Baruk et Bertrand ; Lhermitte et Kyriaco ; Alajouanine et Baruk, etc...). Un malade de Rouquier et Hœrner, artilleur, s'endormait à cheval ; un de nos malades, dentiste, en soignant ses clients et dans le tram. Les crises narcoleptiques, fait important, coïncident souvent avec les poussées hypertensives paroxystiques

(céphalées...) et les phases bruyantes de l'évolution (obs. typiques de Guillain, Bertrand et Périsson, de Fulton et Bailey...). A mesure d'ailleurs que la lésion progresse, les attaques de somnolence deviennent de plus en plus longues et finissent par aboutir à une hypersomnie continue (Roger).

Dans tous les cas, il s'agit d'hypersomnie réelle : anéantissement corporel et psychique toujours réversible, comme le sommeil normal. Par des incitations appropriées, le malade peut être réveillé : il reprend alors conscience du monde extérieur, répond de façon sensée et cohérente..., puis se rendort. Le sommeil a tous les caractères physiques et physiologiques du sommeil normal ; il est bien différent de la pseudo-narcolepsie (hébétude obtuse, avec lenteur de l'idéation) des grands syndromes hypertensifs (Baruk, Lhermitte).

A l'hypersomnie proprement dite doivent être rattachés les troubles oniriques, *véritables équivalents psychiques de la crise narcoleptique* (Lhermitte, Baruk). Le malade de Claude et Lhermite (tumeur kystique de l'infundibulum et de la partie centrale du ventricule médian) restait, au sortir de ses attaques de sommeil, étonné et amnésique (amnésie rétrograde) ; en outre, sans cause apparente, et sans tomber en léthargie, il présentait des bouffées confusionnelles oniriques. Le malade de Souques, Baruk et Bertrand (métastase d'un cancer du sein localisée à l'infundibulo-tuber), au sortir de ses crises de narcolepsie, présentait un état confusionnel transitoire avec désorientation dans le temps et l'espace, fabulation... Des troubles psycho-sensoriels complètent parfois le tableau : hallucinations presque exclusivement visuelles (phantasmes, figures humaines ou animales, mobiles, colorées ou non, silencieuses), plus rarement tactiles (Leroy) : toutes hallucinations survenant surtout le soir, à la tombée du jour, et dont les malades en général ne sont pas dupes (hallucinose).

Dans tous les cas, les troubles de la fonction hypnique témoignent de l'atteinte des centres paraventriculaires régulateurs de la fonction du sommeil (substance grise postérieure du plancher, substance grise entourant l'orifice antérieur de l'aqueduc de Sylvius). Leur valeur sémiologique est très grande et tous les travaux contemporains sur ce sujet n'ont fait que confirmer et préciser les déductions déjà anciennes de Soca, Hercouet, Franceschi, Purves-Stewart : l'hypersomnie est un des éléments les plus importants du syndrome infundibulaire : c'est autour de ce symptôme central que Fulton et Bailey

groupent les tumeurs du IIIe ventricule dans leur article de 1929.

2) Diabète insipide. — C'est le diabète insipide classique avec sa polyurie parfois énorme (10 litres et plus par nycthémère), parfois discrète (et alors il faut la rechercher de parti pris), souvent variable d'un jour à l'autre, évoluant par poussées comme beaucoup de symptômes des tumeurs du IIIe ventricule, réduite momentanément par l'extrait de posthypophyse et par la ponction lombaire. Les urines, de densité faible, sont des urines diluées. La polydipsie serait inconstante (?) — L'*oligurie,* plus rare, a été signalée cependant.
Les observations dans lesquels ce symptôme est noté sont nombreuses (Finkelberg, Claude et Lhermitte, Babonneix et J. Hutinel, Français et Vernier, etc., etc...). La lésion causale frapperait classiquement le noyau propre du tuber (Camus et Roussy), le noyau supra-optique pour Greving.
2 *bis)* La glycosurie, associée ou non à l'hyperglycémie, est beaucoup plus rare (cas de Van Bogaert). Peut-être apparaîtrait-elle moins rare si on la recherchait systématiquement.

3) Les troubles de la régulation thermique et circulatoire méritent une mention spéciale (Claude et Lhermitte).

a) L'hypothermie est notée assez fréquemment (Obregia, Marx, Sidney, Mayer, Vincent...). L'*hyperthermie* a peut-être davantage attiré l'attention, parce que plus bruyante : des poussées d'hyperthermie accompagnent parfois les crises de narcolepsie-céphalée-vomissements ; parfois narcolepsie et hyperthermie sont couplées et rythmées par le cycle menstruel ; les crises hyperthermiques peuvent être soudaines et le malade ne pas en avoir conscience ; dans un cas de Vincent, David et Puech (craniopharyngiome) elles s'accompagnaient d'épistaxis. — Sur ces troubles de la régulation thermique ont insisté Claude et Lhermitte, Bassœ, Parker, Robinowitch, Vincent. Les ascensions thermiques brusques peuvent d'autant plus faire errer le diagnostic qu'elles coexistent dans certains cas avec des perturbations cardiaques et vasomotrices et des modifications de la formule globulaire.

b) Les *perturbations circulatoires,* signalées par de Cyon et Ashner sur le terrain expérimental, ont été retrouvées par Claude et Lhermitte et intégrées par eux dans le syndrome infundibulaire tumoral : arythmies (crises de tachycardie, extrasystoles, rythme embryocardique, plus rarement brady-

cardie) ; diminution de la force des contractions cardiaques, hypotension artérielle (Obregia) ; bouffées de chaleur, rougeurs subites de la peau. Roussy et Mosinger ont insisté récemment sur la fréquence, au cours des lésions tubériennes, de l'hypotension artérielle, des troubles de la réactivité vasomotrice et de la perméabilité capillaire (cf. travaux antérieurs de Krogh). A ces troubles végétatifs, dont l'importance ne fait qu'apparaître, il faut ajouter l'hyperhydrose (C. Vogt).

c) Les *modifications de la formule globulaire* ont fait l'objet de plusieurs communications de G. Guillain (avec Léchelle, Garcin, Douady, Joseph), de Monguio ; elles avaient été signalées également par Mlle Frey. Parmi les cinq observations de G. Guillain, trois concernent des tumeurs de la base (dont un cranio-pharyngiome). Dans toutes, on note une polyglobulie accentuée (plus de 6 millions d'hématies au mm^3) avec leucocytose, sans anomalies globulaires. Une observation de Laruelle montre, de façon frappante, la dépendance des perturbations de la thermogénèse et de l'équilibre globulaire dans un cas de tumeur kystique de l'infundibulum : des crises d'hyperthermie avec polynucléose semblaient pouvoir être « rattachées au gonflement paroxystique du kyste néoformé ».

Ces troubles thermiques, vaso-moteurs et sanguins n'ont pas la valeur localisatrice de l'hypersomnie et de la polyurie. Ils se rapprochent cependant de façon frappante de ceux que provoquent, en traumatisant l'infundibulo-tuber, les expérimentateurs (Ashner ; J. Camus et Roussy, Gournay, Legrand ; Karplus et Kreidl ; Leschke, Speransky, P. Bailey ; Roussy et Mosinger) et les neuro-chirurgiens (Cushing, de Martel, Cl. Vincent). — Aux troubles végétatifs classiques, Fulton et Bailey ont ajouté récemment un trouble périphérique, l'*urticaire*, à quoi ils attribuent, dans certains cas, une certaine valeur symptômatique.

II. Troubles dystrophiques

1° En principe, il s'agit de troubles **hypo,** classiquement rapportés à l'insuffisance hypophysaire (*syndrome hypopituitaire* des auteurs américains). Trois ordres de troubles se combinent différemment :

a) Des troubles de la croissance staturale chez les sujets jeunes : la taille ne croît plus, ou croît à peine, à partir du moment où l'affection commence à évoluer.

b) Des TROUBLES DE LA CROISSANCE PONDÉRALE ou, mieux, des troubles du métabolisme des *lipides*. Tantôt c'est une *maigreur* anormale. Tantôt, et plus souvent, c'est une *adiposité* anormale, d'installation progressive, parfois véritable symptôme de début. Discrète ou considérable, parfois monstrueuse, cette adiposité est plus caractéristique par sa topographie que par son intensité; elle siège de préférence dans les parties supérieures du corps (hypertrophie graisseuse des seins), à l'abdomen, aux fesses et à la racine des membres, faisant paraître grêles les extrémités. Lorsqu'elle est généralisée, elle contribue à donner au sujet un aspect infantile, « poupin », et aux adolescents un aspect plus ou moins féminin.

c) Des TROUBLES SEXUELS : troubles de l'évolution pubérale chez les sujets jeunes (arrêt ou insuffisance du développement des organes génitaux externes et des testicules, voix infantile chez les garçons; « atrophie » utéro-ovarienne, non apparition des règles chez les filles ; non apparition des caractères sexuels secondaires, hypotrichie dans les deux sexes ; disparition des règles (très important) chez la femme adulte ; impuissance, anaphrodisie.

Ces trois ordres de troubles se groupent de façon variable pour réaliser soit différents types de *nanisme* ou *d'infantilisme* (infantilisme hypophysaire de Souques et St. Chauvet avec persistance des caractères sexuels, somatiques et psychique propres à l'enfance chez un adulte, par ailleurs ni nain ni obèse ; infantilisme type Lorrain ; voire infantilisme régressif type Gandy, chez l'adulte) ; soit le SYNDROME ADIPOSO-GÉNITAL typique tel que l'ont décrit Frölich et Babinski, voire la lipodystrophie progressive. Chez l'enfant et l'adolescent, le syndrome adiposo-génital domine : il se retrouve, pour Jackson, dans 70 % des cas de craniopharyngiomes. Chez l'adulte, l'obésité et les troubles génitaux sont souvent au premier plan. La cachexie maigre (type Simmonds) a cependant été aussi observée (Obregia).

Tous ces troubles sont surtout fréquents au cours des tumeurs suprasellaires, extraventriculaires. Ils peuvent cependant être d'origine cliniquement purement nerveuse, soit secondaires à l'hydrocéphalie (dans les tumeurs de la glande pinéale, par ex. : Globus), soit dans des cas de lésions essentiellement et primitivement tubériennes, tumeurs comprises. « Avec une fréquence qui nous apparaît chaque jour plus saisissante, les tumeurs du ventricule moyen, et surtout

de l'infundibulo-tuber, retentissent sur le fonctionnement des glandes endocrines, et tout particulièrement sur les glandes génitale mâle et femelle, et sur le tissu cellulo-adipeux. » (Lhermitte).

Le *métabolisme basal,* dans ces cas, est généralement abaissé.

2° Moins classiques sont les troubles « **hyper** », sur lesquels les publications récentes ont cependant porté l'accent.

a) La MACROGÉNITOSOMIE PRÉCOCE (*syndrome de Pellizi*) (précipitation de la croissance staturale, soudure éventuellement précoce des cartilages de conjugaison, développement précoce des organes génitaux et des caractères sexuels secondaires : poils, voix, caractère) a été, jusqu'à ces dernières années, considéré comme propre aux tumeurs de la pinéale, sinon d'origine nettement glandulaire, pinéale. Une observation récente de Heuyer, Lhermitte, de Martel et Claire Vogt montre que le syndrome de Pellizi peut se voir au cours des tumeurs nettement limitées au plancher du IIIe ventricule : rappelons que, dans le cas de ces auteurs, il s'agissait d'un garçon de 6 ans dont l'aspect était comparable à celui d'un garçon de 12 ans ; les organes génitaux externes étaient extrêmement développés, la région pubienne était recouverte de poils. A l'opération, on ne trouva rien dans la région pinéale ; à l'autopsie, épiphyse, hypophyse et tige pituitaire étaient intactes ; mais un petit gliome était limité à la région mamillo-tubérale. L'observation d'André Thomas et Schaeffer (qui cependant ne concerne pas une tumeur), le nombre de plus en plus grand de tumeurs de la région pinéale sans macrogénitosomie précoce, même dissociée, même ébauchée, viennent confirmer que, tout au moins chez le garçon et à la période prépubertaire, des lésions (et notamment une tumeur) intéressant la région infundibulo-tubérienne et les tubercules mamillaires qui le flanquent en arrière peut se traduire par un syndrome de Pellizi tout à fait caractéristique. Ce syndrome, et Pacaud l'avait déjà indiqué dans sa thèse en 1921, doit donc être intégré dans la symptomatologie infundibulo-tubérienne classique.

b) D'ailleurs, P. Puech, Bissery et Brun ont insisté récemment sur les *syndromes dystrophiques dissociés* où s'intriquent, de façon variable et parfois paradoxale, les symptômes classiquement attribués à une insuffisance hypophysaire et d'autres rapportés non moins classiquement à un hyperfonc-

tionnement de la glande. Ces auteurs considérent ces syndromes dissociés comme assez spéciaux aux craniopharyngiomes. On ne peut cependant s'empêcher de remarquer que les descriptions classiques du syndrome de Pellizi mentionnent déjà des formes atypiques et dissociées, et que, d'une façon générale, la lecture des observations de tumeurs de la région du III[e] ventricule donne de nombreux exemples de ces dissociations (ne s'agirait-il que du syndrome adiposo-génital avec gigantisme ou syndrome de Neurath-Cushing par exemple). Une révision des données jusqu'ici classiques se fait actuellement dans ce domaine.

C) Syndromes ophtalmologiques

« Les tumeurs du III[e] ventricule, a écrit Cushing, n'ont guère de signes oculaires ». Beaucoup de tumeurs intraventriculaires n'ont, en effet, qu'une symptomatologie ophtalmologique réduite ou nulle. Cependant,

1) un *syndrome chiasmatique* se rencontre dans les tumeurs antérieures, sous-ventriculaires (tumeurs suprasellaires, « chiasmatiques » de Cushing) et même dans des observations de tumeurs proprement intraventriculaires ;

2) un *syndrome oculo-moteur* (paralysie verticale du regard, voire signe d'Argyll-Robertson) est habituellement rencontré dans les tumeurs qui intéressent la partie postérieure et supérieure du III[e] ventricule ;

3) enfin, la question de la *stase papillaire* au cours des tumeurs du III[e] ventricule mérite une discussion spéciale.

1° Syndrome chiasmatique

Il est fait, on le sait, de trois éléments : baisse de l'acuité visuelle, hémianopsie, atrophie optique.

a) L'hémianopsie en est l'élément le plus précoce et le plus typique. Il s'agit dans la règle d'une *hémianopsie bitemporale*. Elle doit être recherchée de parti-pris au périmètre, avec des indices colorés, chez tout sujet suspecté d'être porteur d'une tumeur de la région. Il s'agit d'une hémianopsie doublement progressive : d'une part, c'est d'abord une hémidyschromatopsie ou une hémiachromatopsie ; puis, après la perte de la vision des couleurs, vient la perte de la vision pour le blanc, plus tard celle des objets : d'autre part, c'est d'abord une

hémianopsie en quadrant — et en général en quadrant temporal supérieur, — qui évolue ensuite dans le sens des aiguilles d'une montre (intéressant tour à tour les quadrants inféro-temporal, inféro-nasal, puis, dans les cas extrêmes, supéro-nasal). L'*hémianopsie latérale homonyme,* qui correspond à une compression rétrochiasmatique (de la bandelette), est plus rare, mais peut-être, en tant qu'hémianopsie, plus particulière aux compressions : Bollack et Hartmann l'ont observée dans un cas de tumeur de la région infundibulo-tubérienne.

b) *La baisse de l'acuité visuelle* est plus ou moins rapide : le sujet n'attire que tardivement l'attention sur elle. Rappelons que, pour Cushing, le faisceau maculaire est beaucoup plus vite atteint dans les compressions pré- que dans les compressions rétro-chiasmatiques : d'où, dans les premières, la fréquence toute particulière des scotomes centraux maculaires et la précocité relative de la baisse de l'acuité visuelle.

c) *L'atrophie optique* est toujours relativement tardive. Son aspect peut aller de la simple décoloration légère ou segmentaire du disque optique à l'aspect classique « en pain à cacheter » ou à la papille excavée. Les artères dans ce cas sont toujours nettement rétrécies.

Ceci dit, on peut schématiquement distinguer deux groupes de cas (Arnaud) :

1) Cas de *tumeurs agissant directement,* par compression ou envahissement, *sur les voies optiques* (ce sont les tumeurs suprasellaires, infundibulo-tubériennes et ventriculaires antérieures) : le syndrome chiasmatique est net, le faisceau maculaire et l'acuité visuelle plus ou moins touchés selon que la compression est pré- ou rétrochiasmatique ; et surtout, fait important, le syndrome chiasmatique est en général asymétrique : on notera, par exemple, d'un côté une hémianopsie franche pour le blanc avec acuité visuelle très basse, de l'autre une simple dyschromatopsie ; plus tard, une quasi-cécité d'un côté, une simple hémianopsie bitemporale de l'autre. Les scotomes centraux sont fréquents.

2) Cas de *tumeurs n'agissant qu'indirectement sur les voies optiques* (par distension ventriculaire). Comme dans les hydrocéphalies en général (Finkelberg, Bize), le syndrome chiasmatique n'est ici qu'ébauché ; de plus, les signes (l'hémianopsie bitemporale notamment) sont symétriques. Les scotomes centraux sont rares.

2° Syndromes oculo-moteurs

a) Les *paralysies oculo-motrices tronculaires* sont rares, en général fugaces, éphémères, sans signification spéciale au cours des syndromes hypertensifs accentués. Les paralysies permanentes (par atteinte des troncs nerveux au niveau de la fente sphénoïdale ou du sinus caverneux, par exemple) ont été signalées, mais dans des cas de tumeurs extraventriculaires. Les paralysies nucléaires (ou tronculaires intra-pédonculaires) du III se rencontrent en cas de tumeur de la région pinéale.

C'est dans ces cas [syndrome « ventriculaire postéro-supérieur », « syndrome de la substance grise qui entoure l'extrémité antérieure de l'aqueduc de Sylvius » (Bailey)] que peuvent se rencontrer deux symptômes sur lesquels, dans son étude de 1911 sur les tumeurs du IIIe ventricule, insistait déjà Weisenburg : le syndrome de Parinaud, le signe d'Argyll-Robertson.

b) Le Syndrome de Parinaud est constitué par la paralysie verticale du regard (paralysie de l'élévation des deux yeux, de l'abaissement des deux yeux ou de ces deux mouvements à la fois, avec ou sans paralysie de la convergence). C'est maintenant un signe classique des tumeurs de la région pinéale ou de celle des tubercules quadrijumeaux (lié à l'altération élective de la commissure blanche postérieure, qui contourne dorsalement l'extrémité antérieure de l'aqueduc de Sylvius). Il a été observé dans un certain nombre de cas de tumeurs intéressant la partie postérieure du IIIe ventricule (Nothnagel, Bruce, Gruner et Bertolotti, Kölpin, Lereboullet, Maillet et Brizard, cités par Dereux, Uthoff, Horrax et Bailey, Alajouanine, Thurel et Oberling...).

c) Les *modifications pupillaires*, sans syphilis, sont signalées par un certain nombre d'auteurs: pupilles inégales, déformées, ovalaires, réagissant lentement à la lumière et à l'accommodation (Ford : 1924) ; diamètre irien très instable avec tantôt myosis, tantôt mydriase. — Le professeur G. Guillain et ses collaborateurs, d'autres auteurs (Horrax et Bailey, Fulton et Bailey, Bollack et Hartmann, Baruk...) ont insisté sur la possibilité d'observer, au cours des tumeurs pinéales et mésencéphalitiques rétroventriculaires, un signe d'Argyll-Robertson authentique.

3° Stase papillaire

La Stase papillaire, dans les tumeurs du IIIe ventricule, est pour le moins inconstante. Leslie Paton l'a rencontrée 3 fois sur 6. Elle peut être importante et bilatérale ; elle manque souvent (par exemple dans les cas de Claude et Lhermitte, d'André-Thomas, Jumentié et Chausseblanche ; de Français et Vernier ; de Bollack et Hartmann) ; elle a été fugace dans un cas de Chausseblanche, légère dans le cas de Claude et Schaeffer...

Il semble qu'avec les auteurs lyonnais (Arnaud) on puisse (le principe étant admis, d'ailleurs avec quelques réserves, qu'il n'y a pour ainsi dire pas de stase sans hydrocéphalie ventriculaire et, en particulier, sans dilatation liquidienne du IIIe ventricule) admettre que :

a) Une tumeur du IIIe ventricule peut, sans créer d'hydrocéphalie vraie, mais en distendant les parois, réaliser les mêmes conditions d'hyperpression que celle-ci, tout au moins au bout d'un certain temps ;

b) Une tumeur moins volumineuse du IIIe ventricule, mais oblitérant l'orifice postérieur de celui-ci, peut produire rapidement une grosse hydrocéphalie, distendant le IIIe ventricule lui-même : les signes infundibulaires, s'ils existent, ne sont plus alors que ceux des grandes hydrocéphalies ; la stase est précoce et considérable (noter que les tumeurs de la fosse postérieure peuvent donner exactement les mêmes signes, aspect ventriculographique compris, à peu de chose près) ;

c) Les tumeurs nées au-dessous ou dans l'épaisseur même du plancher du IIIe ventricule et qui arrivent, par leur développement vers le haut, à rendre virtuelle la lumière ventriculaire, donnent ou ne donnent pas d'hydrocéphalie ventriculaire ; mais, en tous les cas, elles n'en déterminent pas dans le IIIe ventricule. Dans ce cas, l'œdème papillomateux manque ou est marqué : « Il est logique d'admettre qu'une tumeur, se développant aussi exactement que possible à la place du IIIe ventricule et devenant très considérable, peut réaliser, sans cependant augmenter notablement la pression liquidienne, des conditions analogues à celles de l'hydrocéphalie et se traduire par une stase papillaire bilatérale. » (Arnaud) ;

d) Parfois, enfin, l'œdème papillaire est inégal d'un côté à l'autre : c'est le cas des tumeurs asymétriques, telles les tumeurs suprasellaires.

Nous n'avons pas à insister ici sur les caractères mêmes de la papille de stase, ni sur les difficultés que l'atrophie post-œdémateuse peut soulever en ce qui concerne les diagnostics chronologique et différentiel des aspects ophtalmoscopiques.

D) Syndromes « de voisinage »

Les symptômes que nous rangeons sous cette rubrique témoignent de la souffrance (envahissement, compression, œdème...) des grands systèmes voisins du III[e] ventricule. Leur apparition est plus ou moins tardive selon le point de départ et le type évolutif du néoplasme en cause. D'une façon générale, ce ne sont pas des signes précoces, mais des signes tardifs, des signes de non-opérabilité dans les tumeurs suprasellaires.

1° Signes cérébelleux

Bailey le premier a attiré l'attention sur la fréquence des signes cérébelleux dans les tumeurs suprasellaires. Qu'il s'agisse de tumeurs « chiasmatiques » ou ventriculaires proprement dites, la symptomatologie cérébelleuse peut être, à un moment donné, prédominante à ce point que l'erreur de localisation est facile : dans nombre d'observations, on voit des sujets porteurs de tumeur du III[e] ventricule être d'abord opérés par trépanation postérieure. La symptomatologie cérébelleuse est en général la même ici que dans les tumeurs frontales (ataxie frontale de Bruns). Rappelons que Cl. Vincent, en 1911, n'ayant jamais observé, dans ce type d'ataxie surtout caractérisée par un déséquilibre de la station et de la marche, de troubles cérébelleux proprement dits, lui reconnaissait tous les caractères de l'ataxie labyrinthique ; mais que, depuis lors, il semble bien avoir été démontré qu'une symptomatologie cérébelleuse typique avec asynergie, hypermétrie ou dysmétrie, adiadococinésie, hypotonie... peut être retrouvée dans des tumeurs autres que celles du cervelet. La symptomatologie cérébelleuse, dans les cas qui nous occupent, serait due à l'atteinte simultanée des voies frontopontocérébelleuses droite et gauche dans le tiers interne du pied pédonculaire (Anton et Zingerle, Orzechowski, Clarence Hare). « Toute tumeur médiane, en dehors même du lobe frontal, peut, elle aussi, par l'atteinte de ces deux voies, engendrer des signes cérébelleux. » (Garcin). Weisenburg, en 1911, signalait l'ataxie

« cérébelleuse » dans 15 cas de tumeurs du IIIe ventricule sur 30, ataxie portant surtout sur les membres inférieurs ; il incriminait le retentissement de la tumeur sur les noyaux rouges et l'extrémité supérieure des pédoncules cérébelleux supérieurs ; cliniquement, les troubles signalés par Weisenburg paraissent se rapprocher de l' « apraxie de la marche » étudiée par Gerstmann et Schilder, van Bogaert et Martin.

2° Signes extrapyramidaux

a) Signes parkinsoniens. — La bradycinésie, la rigidité, l'exagération des réflexes de posture, le tremblement, une symptomatologie parkinsonienne tout à fait complète, sont notés dans plusieurs observations. On connaît à cet égard le travail classique d'Orzechowski (1925) ; de nombreux auteurs sont venus confirmer ses conclusions : citons entre autres van Bogaert, Bériel. Le Bihan, dans une thèse de Lyon toute récente, isole une forme parkinsonienne des tumeurs du IIIe ventricule. Il ne faut d'ailleurs pas manquer de noter que, lorsque des signes parkinsoniens sont rencontrés au cours de l'évolution de ces tumeurs, il s'agit déjà de tumeurs importantes, étendues jusqu'aux noyaux de la base et notamment aux corps striés ou aux faisceaux qui en émanent (Urechia, Bzezicki, Van Bogaert, Le Bihan) et que la sémiologie parkinsonienne est alors presque toujours tardive, succédant à une série de signes cliniques (encéphalalgie, signes infundibulaires ou hypophysaires) qui ont déjà permis un diagnostic de localisation. Elle est donc la preuve que la tumeur dépasse les limites de la région et, pour les tumeurs suprasellaires (poches de Rathke), les limites de l'opérabilité.

Dans d'autres cas, le tableau est celui d'une rigidité pallidale.

b) Crises toniques : *rigidité décérébrée*. — Nous plaçons ici, un peu arbitrairement, ce signe qu'il conviendrait peut-être mieux de classer à côté du syndrome hypertensif ou, pour des considérations de diagnostic, immédiatement à la suite des signes cérébelleux. Dans une observations de G. Guillain, Bertrand et Périsson (kyste colloïde intraventriculaire chez un homme de 35 ans), les crises hypertensives s'accompagnaient de somnolence, d'hyperthermie, et aussi de « catatonie » et d'attitudes de rigidité décérébrée avec exagération des réflexes de posture. Weisenburg avait déjà signalé un fait semblable ;

Fulton et Bailey en rapportent deux, et citent un cas de Davis (tumeur suprasellaire, crises de décérébration périodique avec réflexes de Magnus et de Kleijn typiques). Dans un cas de Bériel et Bernheim (1924), une néoplasie s'étendant sous le tronc cérébral en avant du pont, se prolongeant sous le IIIe ventricule refoulé et saillant dans le lobe frontal gauche (poche de Rathke ?), donnait des signes oculaires, des paralysies des nerfs craniens, un signe de Babinski et de la raideur de la nuque par paroxysmes.

Les « crises toniques » font classiquement penser au cervelet (Stenvers, Jackson) et, de fait, chez l'enfant tout au moins, se voient surtout au cours des tumeurs cérébelleuses (beaucoup plus fréquentes d'ailleurs). Mais, comme Vincent et Darquier y ont insisté à propos de tumeurs frontales, Cobe, Horrax, etc..., à propos de tumeurs pinéales, elles ne sont pas spécifiques des tumeurs de la fosse postérieure. Elles sont la « traduction de la souffrance des pédoncules et des noyaux sous-lenticulaires » et, comme Lhermitte le faisait il y a longtemps déjà, il semble qu'on puisse les assimiler aux manifestations de la rigidité décérébrée. Fulton et Bailey insistent sur leur coïncidence avec les crises hypertensives et incriminent dans leur déterminisne un blocage aigu de l'orifice antérieur de l'aqueduc de Sylvius par une tumeur intraventriculaire formant valve intermittente; ils signalent à ce propos l'éventuel soulagement de la douleur que procure alors aux malades certaines positions électives de la tête, fait déjà signalé par Weisenburg.

3° Signes pyramidaux

Ils sont assez fréquents (12 fois sur 30 : Weisenburg), parfois précoces (obs. I d'Arnaud), en général tardifs : signe de Babinski uni- ou bilatéral, exagération des réflexes tendineux, plus rarement clonus de la rotule et trépidation épileptoïde du pied ; hyperréflectivité de défense ; manifestations spastiques uni- ou bilatérales (hémiplégie spastique progressive, voire paraplégie ou, tardivement, quadriplégie) ; ils apparaissent brusquement ou progressivement.

Tardifs, secondaires chronologiquement aux signes de la série infundibulaire, ils indiqueraient un stade de l'évolution vers la partie postérieure du ventricule, vers les pédoncules. « Par conséquent, lorsqu'il n'existe aucun autre des signes habituels aux lésions du tronc cérébral, (leur) présence... pour-

rait apporter des indications sur le siège et l'étendue d'une tumeur de la région. » Une lésion nucléaire du III vient parfois d'ailleurs signer la note pédonculaire. — Mais ils peuvent coexister avec des lésions minimes de la substance nerveuse lors du développement de tumeurs kystiques intraventriculaires (obs. de Français et Vernier, d'Orzechowski et Mitkus, de Barré et Alfandary, de Guillain, Bertrand et Périsson, de Rouquier et Mlle Hoerner ; cas IV de Fulton et Bailey).

Peut-être peut-on placer ici les *troubles éventuels de la parole* (par lésion du faisceau géniculé gauche) : parole éteinte, chuchotée, monotone, articulation lente, scandée... « dysarthrie... éphémère, (qui) s'exagère après les accès de somnolence pour s'atténuer ensuite dans l'intervalle des crises ou même disparaître momentanément » (Le Bihan).

La *paralysie faciale* est parfois notée (d'origine centrale).

4° Autres signes neurologiques

a) Signes thalamiques : Van Bogaert et ses collaborateurs ont décrit une forme thalamique des tumeurs infundibulaires. Fulton et Bailey de leur côté signalent des douleurs et paresthésies de type thalamique, l'hémianesthésie ou l'hypoesthésie douloureuse, l'astéréognosie dans des cas de tumeurs intraventriculaire (et aussi, d'ailleurs, dans quatre cas, des troubles sensitifs sans caractère thalamique). D'une façon générale cependant, en parcourant les observations de tumeurs du IIIe ventricule, on est frappé de ne voir mentionnés qu'exceptionnellement le syndrome thalamique ou ses éléments. Le fait, sans doute, est dû à ce que le syndrome thalamique classique (avec ses variantes) est en réalité un syndrome thalamique postérieur et externe ; la symptomatologie de la portion des couches optiques qui borde la cavité ventriculaire est, à la vérité, encore à faire (troubles végétatifs, notamment vasomoteurs, troubles mentaux ?)

Dans quelques cas, des algies faciales unilatérales, du trismus, indiquent l'atteinte secondaire du V.

b) Fulton et Bailey mentionnent encore ici la possibilité d'un *syndrome du corps de Luys* (hémichorée à caractère d'hémiballisme, hémihypotonie) et rappellent à ce propos les cas d'Ewald (1891) et de Martin (1927). Jamais nous n'avons vu signalé un ensemble de signes pouvant être superposé au

syndrome du carrefour hypothalamique de Guillain et Alajouanine.

c) Fulton et Bailey ajoutent encore à cette liste de syndromes neurologiques le *syndrome unciné* (troubles gustatifs et olfactifs, notamment à titre d'auras épileptiques, uncinate fit, dreamy state). Rappelons en passant que la compression de la pointe du lobe temporal se traduit schématiquement par une hémianopsie en quadrant supérieur, symptôme qui peut compliquer la sémiologie d'une tumeur donnant par ailleurs des signes chiasmatiques.

E) Troubles psychiques

La question des troubles psychiques au cours des tumeurs du IIIe ventricule mériterait une longue discussion. Nous ne pouvons que renvoyer aux travaux classiques (Baruk) et proposer la schématisation suivante des troubles mentaux (d'ailleurs inconstants) décrits dans les observations de tumeurs de la région :

1) *Troubles liés à l'hypertension en général :* torpeur, obtusion intellectuelle simple de tous les syndromes hypertensifs, avec ou sans onirisme, torpeur qu'il est très important cliniquement de distinguer de l'hypersomnie pathologique.

2) Troubles psychiques liés aux troubles de la régulation hypnique (onirisme, hallucinose...) sur lesquels, après Baruk, Lhermitte, nous avons déjà insisté.

3) *Troubles du développement intellectuel et caractériel* (infantilisme psychique...), à rapprocher des troubles du développement des syndromes dystrophiques (hypopituitaires, macrogénitosomie précoce).

4) Troubles liés plus spécialement a l'atteinte de l'hypothalamus et des centres régulateurs du psychisme (Camus) situés vers la région infundibulaire :

a) Baruk insiste sur la fréquence, dans les tumeurs de la base en général, de l'*apathie* (ralentissement de l'activité psychique, tendance à l'immobilité, inertie d'allures) apparaissant très précocement, souvent même avant les symptômes d'hypertension. « Il y a lieu du reste, ajoute Baruk, de tenir compte (dans le déterminisme de ces troubles) des perturba-

tions glandulaires concomitantes, ces troubles intellectuels ayant, dans certains cas, complètement disparu après administration d'extrait de glande pituitaire (Cushing). » Rappelons, à cet égard, les cas caractéristiques de Français et Vernier, de Rodolphe Ley. Nous nous demandons dans quelle mesure ces troubles « apathiques » ne peuvent être rapprochés d'un symptôme fréquemment, et précocement, noté dans nombre d'observations de tumeurs du III[e] ventricule : l'*asthénie* extrême, la fatigabilité intense avec amaigrissement. Dans un cas que nous avons observé, la fatigue, l'asthénie pseudoneurasthénique, ont précédé de plusieurs mois le premier signe de localisation net : les crises narcoleptiques.

b) Les *troubles de l'affectivité et du caractère* sont notés dans maintes observations, sous forme d'instabilité affective particulière et d'accès d'agitation psycho-motrice : troubles de l'humeur, qui « passe sans raison apparente de la tristesse la plus profonde à la joie la plus vive et même la plus exubérante » ; perturbations du caractère tellement accusées que l'entourage ne reconnaît plus la personnalité morale du sujet (Roussy et Lhermitte). Les observations de ces derniers auteurs, celles de Demole, de Rychlinsky sont à cet égard tout à fait caractéristiques. Certaines ont la valeur de véritables expériences, rappelant celles de Camus et Roussy sur l'animal. Fulton et Bailey, de leur côté, insistent beaucoup sur les *troubles « émotionnels »* qu'ils tendent à déclarer caractéristiques des tumeurs de la région, mais qu'on rencontre dans bon nombre de tumeurs frontales ; ils proposent une interprétation physiologique intéressante, basée sur les travaux de Pavlow et de Cannon, mais dont un résumé dépasserait le cadre de ce rapport.

5) Parfois enfin, mais ceci paraît moins caractéristique, les symptômes signalés rappellent surtout les *troubles psychiques observés dans les tumeurs frontales ou calleuses :* diminution et ralentissement très marqué des fonctions de mémoire, de jugement, de raisonnement et de critique, l'affaiblissement mental pouvant être tel que doivent se discuter les diagnostics de psychose de Korsakoff (Weisenburg) et surtout de paralysie générale (Weisenburg, Mott et Baratt, Pollack). La moria, à notre connaissance, n'a été signalée qu'une fois (cas de Trénel) (le cas de Sainton et Péron concernait un épithélioma hypophysaire).

F) Recherches spéciales

Nous avons déjà vu ce qui concernait le sang et fait allusion au métabolisme basal. Nous n'envisagerons ici que les données fournies par la ponction lombaire et par la radiographie simple.

1° Ponction lombaire. — Elle ne donne pas, au cours des tumeurs du IIIe ventricule, de renseignements très intéressants. Elle peut, si l'on n'est pas prévenu de certains faits, conduire à des erreurs de diagnostic.

a) La *tension* au Claude est souvent normale ou peu exagérée, même s'il y a grosse hypertension dans les ventricules latéraux (hydrocéphalie bloquée). Le liquide est souvent sensiblement normal ; pas de modifications cytologiques appréciables (leucocytose nulle ou discrète), hyperalbuminose modérée (0 gr. 50 à 1 gr.). La *dissociation albumino-cytologique* est parfois nette (avec Wassermann éventuellement positif, sans syphilis). Parfois, précipitation du benjoin colloïdal dans la zone méningitique.

b) Ce qu'il y a ici de plus spécial, c'est la fréquence relative avec laquelle l'examen cytologique révèle une réaction cellulaire importante : pléocytose, sur laquelle Christiansen le premier a attiré l'attention, qui peut être considérable (20.000 leucocytes au mm^3 dans le premier cas de Christiansen) et qu'ont retrouvée de nombreux auteurs (van Bogaert, Rouquier et Mlle Hoerner...). Cette pléocytose peut être d'origine infectieuse (réaction méningée infectieuse à point de départ pharyngien); van Bogaert y voit un symptôme d'inflammation causée par les produits de désintégration des tumeurs plongeant en plein liquide céphalo-rachidien (réaction méningée aseptique) ; Rouquier et Mlle Hoerner interprètent la leucocytose notée dans leur cas comme une réaction méningée aseptique liée au processus inflammatoire de résorption d'éléments néoplasiques détruits, processus qui aurait gagné excentriquement la périphérie du kyste tumoral.

2° Quant à la radiographie simple, en principe, dans les tumeurs du IIIe ventricule proprement dites, elle ne montre rien d'anormal. La selle n'est ni élargie ni usée. Les calcifications se rencontrent seulement dans certains types de tumeurs suprasellaires (initialement extraventriculaires) et pinéales sur

lesquelles nous reviendrons. Ce n'est qu'en cas de grosse distension ventriculaire (liquidienne ou tumorale), et tardivement, qu'on peut voir, comme d'ailleurs au cours de toutes les tumeurs intracraniennes (notamment postérieures) avec hydrocéphalie importante, une certaine diminution de hauteur de la selle, avec légère augmentation de sa largeur, usure ou aplatissement des clinoïdes, quelquefois effondrement du bord antérieur de la selle. Arnaud fait remarquer que, les tumeurs du plancher ventriculaire ayant plus de chances que les simples distensions hydropiques du ventricule d'être asymétriques, on pourrait trouver « un aplatissement d'une seule clinoïde par exemple, ou d'une moitié de la selle, qui paraîtra alors inclinée ou tassée à droite ou à gauche ».

Les données *ventriculographiques* seront exposées plus loin.



Tels sont les symptômes des tumeurs du IIIe ventricule en général. Il faut insister sur un autre *caractère* **évolutif** cette fois, de ces tumeurs. S'il nous paraît schématique et un peu arbitraire de distinguer uniformément, dans l'histoire de ces tumeurs, trois périodes (début, état, phase terminale), si d'autre part la symptomatologie de la phase terminale ne nous paraît présenter qu'un intérêt médiocre, il nous faut appuyer sur deux points, vraiment très spéciaux :

L'un est l'ÉVOLUTION INTERMITTENTE, PAR POUSSÉES. Nous l'avons signalée à propos du syndrome hypertensif. Nous y reviendrons à propos des tumeurs (kystiques surtout) intraventriculaires. Mais la chose est vraie, en général, pour toutes les tumeurs de la région : « longues périodes de stabilisation apparente », « améliorations ou sédations prolongées faisant croire presque à la guérison », « marche irrégulière et capricieuse », « alternances d'améliorations et d'aggravations », « résolutions inespérées » : tels sont les termes qu'on retrouve sous la plume de la plupart des auteurs. Les poussées évolutives sont des poussées hypertensives, des crises d'hydrocéphalie bi- ou tri-ventriculaire, compliquées éventuellement de symptômes focaux (hypersomnie notamment) ou de crises toniques qui disparaissent avec l'accalmie de l'hypertension. D'autres poussées peuvent prendre l'allure d'*épisodes méningés ou pseudo-méningés* sans fièvre, mais avec une réaction méningée cytologique déjà décrite (cas de C. Vogt, de Rouquier et Hoerner, par exemple).

L'autre est l'ÉVOLUTION RELATIVEMENT LENTE ET LONGUE de ces tumeurs, si l'on considère d'ensemble l'histoire des cas particuliers (Lhermitte) : l'évolution globale se compte non pas par mois, mais par *années* (le début restant d'ailleurs souvent insidieux, la durée totale de la maladie reste imprécisée). Le cerveau reste parfois remarquablement tolérant vis-à-vis de tumeurs pourtant volumineuses et siégeant dans des zones vitales, les détruisant même (cas de Mlle Frey, par exemple) (*formes latentes,* au moins pendant de longues périodes de leur évolution). Inversement, certaines *formes foudroyantes* (très rares) « se traduisent par des poussées d'excitation, auxquelles succèdent des signes de dépression et aboutissent rapidement au coma et à la mort ».

La *mort subite* n'est pas rare, sans cause apparente immédiate souvent.

III

DIAGNOSTIC ET FORMES CLINIQUES

Diagnostic différentiel

Nous négligerons systématiquement les questions de diagnostic que peut poser chacun des symptômes sus-énumérés pris en lui-même (diagnostic des hypersomnies, des polyuries, des syndromes chiasmatiques...) et ne discuterons, rapidement, que les diagnostics différentiels les plus importants. Trois surtout sont à envisager : *l'encéphalite épidémique, la syphilis infundibulo-tubérienne, les tumeurs de la fosse postérieure* (cérébelleuses).

1) ENCÉPHALITE ÉPIDÉMIQUE. — Les signes d'hypertension intracranienne peuvent être discrets dans certains cas de tumeur du IIIe ventricule, manquer à des périodes déterminées de l'évolution. L'hypersomnie peut se présenter de la même façon dans ces tumeurs et dans l'encéphalite (narcolepsie par périodes plus ou moins longues dans certaines formes à rechutes de l'encéphalite) ; le parkinsonisme tardif de certaines tumeurs peut simuler le parkinsonisme postencéphali-

tique ; on a signalé, au cours des tumeurs de la région, des algies et des myoclonies (par atteinte des couches optiques ou des pédoncules, à un stade tardif il est vrai). Il n'est pas jusqu'à l'évolution par poussées qui ne puisse faire impression. Tous ces faits peuvent rendre le diagnostic différentiel difficile, et de nombreux auteurs, récemment encore les auteurs lyonnais, ont insisté sur ces difficultés.

Cependant, dans la majorité des cas, le diagnostic ne se pose guère : d'une part, syndromes adipeux et adiposogénitaux mis à part, les troubles dystrophiques n'ont pas la même importance dans l'encéphalite ; d'autre part, les signes proprement infundibulaires (diabète insipide...) *isolés* paraissent rares *après* les atteintes encéphalitiques préalablement méconnues. Un cas de Pichard et Trelles doit rendre cependant circonspect, et c'est avec réserve que nous admettrons les conclusions d'Arnaud : « Serait-on autorisé, écrit-il, en face d'un syndrome infundibulaire sans antécédent notable, à penser à l'étiologie encéphalitique passée inaperçue, comme on le fait chaque jour pour les manifestations parkinsoniennes ? Nous ne le croyons pas, le cas (de Pichard et Trelles) étant trop isolé pour qu'il nous soit permis d'en tirer une règle de conduite qui risquerait fort d'entraîner des erreurs. »

En fait, on retiendra surtout, en faveur de l'encéphalite, les signes propres de cette affection (et en particulier le début brusque avec, dans les cas typiques, signes généraux infectieux et fièvre), la précocité des ophtalmoplégies avec, dans la règle, absence de stase ; l'absence d'hémianopsie et d'atrophie optique ; les caractères négatifs des examens radiologiques. Les cas vraiment difficiles sont ceux où une symptomatologie parkinsonienne évidente en impose : lorsqu'une telle symptomatologie est réalisée au cours de l'évolution des tumeurs, celles-ci datent de loin ; elles sont très étendues, en tous les cas inopérables... « et le diagnostic de tumeur n'a plus alors qu'un intérêt spéculatif ».

2. Syphilis infundibulo-tubérienne (Lhermitte, Kyriaco). — La syphilis peut réaliser un syndrome infundibulaire complet ou dissocié, tout à fait analogue à celui que donnent les tumeurs de la région ; elle peut par ailleurs réaliser un tableau d'hypertension pure, isolée, et aussi des syndromes chiasmatiques dont les modalités sont parfois proches de celles observées au cours des tumeurs. Cependant, dans la plu-

part des cas de syphilis infundibulaire, la céphalée et les signes d'hypertension font défaut ; il n'y a pas de stase ; lorsqu'il y a une hémianopsie, elle s'accompagne le plus souvent de signe d'Argyll-Robertson, voire d'un syndrome ophtalmoplégique précoce. La radiographie est toujours négative. Enfin, la syphilis se retrouve dans les antécédents ; ou bien elle se marque par des manifestations cutanées ou viscérales classiques, hépatite ou aortite par exemple ; ou encore, et ceci est un argument de haute valeur, certains signes témoignent de l'atteinte, par la syphilis, de régions du système nerveux autres que la région infundibulaire (abolition des réflexes tendineux, monoplégie plus ou moins discrète, épilepsie partielle...). Le Bordet-Wassermann peut être positif dans le sang, et non seulement dans le liquide céphalo-rachidien (le Bordet-Wassermann n'est en général positif dans le liquide céphalo-rachidien, en cas de tumeur, que s'il y a grosse hyperalbuminose, et ces cas, s'ils doivent être bien connus, restent malgré tout assez rares).

L'argument thérapeutique sera, dans les cas extrêmes, l'argument décisif. Encore n'est-il pas indiqué, sous le prétexte d'attendre les résultats éventuels d'un traitement d'épreuve, de reculer l'heure d'une intervention au moins palliative, en laissant, pendant ce temps, s'aggraver l'amblyopie. Tumeur et syphilis acquise (Claude et Lhermitte, Chatagnon) ou héréditaire (Lereboullet, Mouzon et Cathala) peuvent d'ailleurs coexister. Le traitement d'autre part est le seul juge dans les cas, rares, mais très délicats au point de vue du diagnostic, de *gommes syphilitiques* de la région infundibulo-tubérienne (Wildrand et Sanger, Schaeffer).

3. Tumeurs de la fosse postérieure. — A propos de la symptomatologie cérébelleuse de certaines tumeurs du IIIe ventricule, nous avons insisté déjà sur les difficultés éventuelles du diagnostic de ces tumeurs, surtout chez l'enfant, avec les tumeurs cérébelleuses. Nous avons dit combien souvent des malades, porteurs de tumeurs suprasellaires ou infundibulo-tubériennes, étaient, dans un premier temps, opérés par voie postérieure. En fait, une tumeur du IIIe ventricule peut donner un syndrome cérébelleux typique avec troubles de la marche, adiadococinésie, asynergie, dysmétrie, hypotonie et hyporéflexie, voire nystagmus. Les attitudes de la tête, sur lesquelles Stenvers a insisté dans les tumeurs du

cervelet, ne sont pas pathognomoniques des tumeurs de la fosse postérieure. « Ni la nature ni l'intensité des signes cérébelleux ne peuvent imposer un diagnostic sûr. Le syndrome d'hypertension est souvent le même ; l'examen ophtalmoscopique aussi, montrant dans les deux cas (craniopharyngiome et tumeur du cervelet) l'existence d'une stase papillaire. Les lésions radiologiques de la selle turcique peuvent être analogues. Seule, l'existence plus précise d'une symptomatologie de la région infundibulo-hypophysaire (adiposité, syndrome adiposo-génital, amaigrissement, diabète insipide, somnolence) permet d'orienter le diagnostic ; encore faut-il que ces signes soient précoces, car les tumeurs du cervelet avec hydrocéphalie déterminent aussi secondairement un syndrome dystrophique infundibulo-hypophysaire. » (C. Vogt). David, Loisel, Ramirez et Brun ; Barré ont, tout récemment encore, insisté sur ces difficultés.

Le syndrome chiasmatique reste un gros argument en faveur d'une tumeur suprasellaire ou voisine du chiasma ; mais on décrit aussi des syndromes chiasmatiques par distension hydrocéphalique simple, et les tumeurs cérébelleuses, les médulloblastomes tout au moins, peuvent, avec une certaine fréquence, donner des métastases infundibulaires (obs. XI de la thèse de J. Lereboullet, Barré). Dans les cas difficiles, la ventriculographie seule peut permettre un diagnostic topographique.

4° Encéphalite, syphilis infundibulo-tubérienne, tumeurs de la fosse postérieure paraissent pratiquement les trois diagnostics différentiels les plus importants. Pour être complet, signalons les difficultés éventuelles du diagostic :

avec certaines *infections sinusiennes* compliquées de troubles oculaires ;

avec l'*abcès du cerveau,* « qui peut tout simuler en fait de symptomatologie cérébrale » et être longtemps latent ;

avec les syndromes infundibulaires *traumatiques* (Paul Aubry) ;

avec les syndromes infundibulaires *méningitiques,* tuberculose méningée comprise (notamment méningite tuberculeuse en plaque de la base : obs. de Dide et Denjean) ;

avec les *tumeurs* frontales, temporales, voire pédonculaires, parasellaires (méningiomes de la petite aile du sphénoïde). Les *tumeurs hypophysaires intrasellaires* qui, cliniquement, peuvent donner un syndrome infundibulo-tubérien complet ou dissocié typique, s'accompagnent d'aspects radiologiques pathognomoni-

ques ; certaines tumeurs épithéliales malignes, primitivement intra-sellaires, peuvent cependant se propager vers et dans le chiasma et le IIIe ventricule ; nous les mentionnons ici pour mémoire.

Insistons un peu plus sur le cas :

5. De l'HYDROCÉPHALIE SIMPLE (sans tumeur), qui peut créer de toutes pièces, chez l'enfant notamment, un triple syndrome infundibulaire (adipose, retard du développement, retard pubéral, hypothermie, polyurie et polydipsie, troubles circulatoires, narcolepsie), chiasmatique (hémianopsie bitemporale, troubles de l'acuité visuelle) et radiologique (selle comprimée, dilatée, aplatie) (Bize). Si elle est bloquée, elle ne s'accompagne pas d'une hypertension vérifiable à la ponction lombaire. Les cas d'hydrocéphalie par blocage des ventricules chez l'adulte [en général par arachnoïdite de la fosse postérieure (Cl. Vincent), parfois par épendymite de l'aqueduc de Sylvius] ont fait l'objet d'excellents rapports à la *Réunion Neurologique Internationale* de Paris (1933). Le diagnostic se pose, en réalité, un peu comme celui des tumeurs cérébelleuses. Dans les cas difficiles, seule l'encéphalographie sera décisive.

6. De l'ARACHNOÏDITE OPTO-CHIASMATIQUE (Cushing, Cl. Vincent), qui ne donne, en pratique, que des symptômes oculaires, mais qui peut s'accompagner cependant de signes infundibulaires : infantilisme, diabète insipide, hypersomnie (de Martel). Elle pose surtout le diagnostic des atrophies optiques primitives et celui, difficile, des tumeurs suprasellaires, méningiomes notamment. Une arachnoïdite circonscrite de la région peut, d'ailleurs, coexister avec une tumeur, et il faut toujours se rappeler ce fait au cours des interventions.

7. De la XANTHOMATOSE CRANIO-HYPOPHYSAIRE (Maladie de Schuller-Christian, histiocytose lipoïdique de M.-C. Sosman, dysostose hypophysaire), que nous citons ici parce que des signes infundibulaires dissociés (polyurie surtout, arrêt de la croissance, infantilisme, éventuellement vrai syndrome adiposo-génital) y sont présents. Mais l'affection, rare, frappe des enfants de 3 à 6 ans, exceptionnellement de 15 ans, s'accompagne de lacunes craniennes caractéristiques et d'exophtalmie. Il n'y a pas de signes d'hypertension intracranienne, mais souvent des altérations sanguines spéciales (hypercholestérinémie : Lesné).

Diagnostic positif

I. Ventriculographie. — Nous ne pouvons, en ce qui concerne la ventriculographie, mieux faire que de reproduire les conclusions du récent rapport de Cl. Vincent, David et Puech (1933), complétées par certaines données empruntées à Foerster et à Balado.

« A l'état normal, après une bonne insufflation d'air, sur « des radiogrammes de profil, l'image du IIIe ventricule est « identique à celle que donne un IIIe ventricule sectionné dans « sa longueur et photographié. Il a la forme d'une sorte de « quadrilatère, concave en bas, présentant quatre cornes : « deux postérieures, deux antérieures. Des deux postérieures, « l'une est sus-épiphysaire, l'autre est sous-épiphysaire. Dans « celle-ci, s'ouvre l'aqueduc. Les deux cornes antérieures sont, « l'une préchiasmatique, l'autre rétrochiasmatique. Celle-ci « est très profonde et répond à l'insertion de la tige pitui- « taire. Dans le côté supérieur, vers l'extrémité du tiers anté- « rieur, s'ouvre le trou de Monro. »

« Dans les *hydrocéphalies communicantes* de l'enfant, dans « les *arachnoïdites de la grande citerne* chez l'adulte, dans « les *tumeurs de la fosse postérieure,* les différentes parties « du IIIe ventricule sont uniformément dilatées. Souvent, on « peut suivre l'aqueduc jusqu'à son ouverture dans le IVe « ventricule. On voit parfois le IVe ventricule. »

« Dans les *tumeurs comprimant la partie antérieure du IIIe « ventricule,* gliome du chiasma, par exemple, la cavité du « IIIe ventricule n'est, en général, visible sur aucun cliché, « face et profil. Les ventricules latéraux sont distendus ; il « arrive que l'un d'eux soit moins injecté que l'autre, ce qui « veux dire que l'air a difficilement passé d'un côté à l'autre. « Les cornes frontales sont écartées, parfois relevées. Surtout, « leur angle inférieur est amputé. »

« Dans les *tumeurs du corps du IIIe ventricule,* la cavité « de celui-ci n'est visible sur aucun cliché » (sauf, parfois, dans sa portion antérieure : Foerster). « Si la tumeur n'est pas « volumineuse, il n'y a pas de modifications voisines des « cavités ventriculaires. Les ventricules latéraux sont, en « général, injectés, ce qui dénote qu'il y a libre communica- « tion d'un trou de Monro à l'autre. »

« Dans les tumeurs hypophysaires à développement rétro- « chiasmatique, *dans les tumeurs suprasellaires,* l'aspect est

« le même que dans les tumeurs de la cavité ventriculaire. » (Parfois, cependant, le ventriculogramme peut mettre en évidence la convexité vers le haut du plancher du IIIe ventricule refoulé : aspect en virgule couchée : Foerster.

« Dans les *tumeurs de la partie postérieure du IIIe ventri-* « *cule*, tumeurs épiphysaires en particulier, les récessus pos- « térieurs du IIIe ventricule sont effacés. Souvent, la partie « antérieure est injectée, comme on le voit sur les profils ou « sur les radiographies occiput sur plaque. »

« *Dans les tumeurs développées dans l'aqueduc* et faisant « une certaine saillie dans la cavité ventriculaire, on peut « voir, sur les différents clichés, tout le corps de celle-ci « injecté, moins un segment de sa partie postérieure, les deux « cornes. »

En somme, *deux cas*, schématiquement, se présentent (cf. Arnaud) :

1er cas : il y a *hydrocéphalie généralisée, triventriculaire* (pour l'apprécier, dans les cas frustes, il faut mesurer la largeur des ombres ventriculaires sur le profil et sur les projections verticales) ; ventricules latéraux et IIIe ventricule en entier sont dilatés, le IVe ventricule lui-même peut être visible : il ne s'agit pas de tumeur du IIIe ventricule, mais d'hydrocéphalie communicante (chez l'enfant) ou bloquée (tumeurs de la fosse postérieure (et alors, une corne occipitale ou sphénoïdale est soulevée et diminuée de volume en général) ou arachnoïdite de la fosse postérieure). La seule erreur peut être donnée par les tumeurs de la partie postérieure du IIIe ventricule, si, la partie antérieure du ventricule étant injectée, l'effacement des récessus postérieurs échappe.

2e cas : il y a *hydrocéphalie biventriculaire :* les ventricules latéraux sont dilatés, mais la cavité du IIIe ventricule n'est visible sur aucun cliché. Il y a des chances pour qu'il s'agisse, soit d'une tumeur intraventriculaire, soit d'une tumeur comprimant le IIIe ventricule en avant (gliome du chiasma) ou de bas en haut (voir *supra*).

Ajoutons que, seule, la ventriculographie peut faire le diagnostic des « fausses tumeurs par méningite séreuse » avec, cliniquement, syndrome d'hypertension isolée, sans signes de localisation ; à la ventriculographie, ventricules latéraux et IIIe ventricule de volume réduit, et peu tolérants d'ailleurs lors de l'insufflation ; passage rapide de l'air vers la convexi-

té ; — que la ventriculographie ne doit être faite, prudemment, que dans les cas où le diagnostic, de tumeur ou topographique, ne peut s'en passer (Bériel) et tout près de la salle d'opération (Vincent) ; enfin, qu'il faut savoir interpréter les clichés et bien les étudier (stéréoscopiques de préférence) avant de conclure.

2° La méthode de *repérage ventriculaire* de Laruelle (injection, par voie lombaire, de 2 à 5 cm^3 d'air, sur le malade assis ; radiographie immédiate pour obtenir des images du IIIe ventricule) ne semble pas pouvoir apporter, en faveur d'une localisation tumorale dans la région du IIIe ventricule, d'autre argument que celui du non-passage de l'air dans les cavités ventriculaires. « Certains auteurs ont conseillé, pour obtenir, à coup sûr, une image du ventricule moyen, de faire étendre le malade horizontalement, la tête en hyperextension, débordant le bord de la table et reposant par son vertex sur un appui inférieur à celle-ci ; dans cette position, le ventricule médian devient évidemment le point le plus élevé du système ventriculaire et la bulle d'air doit s'y placer automatiquement » (Arnaud). Outre que cette manœuvre est difficile à réaliser, elle ne peut qu'éviter les causes d'erreurs grossières (air ne passant pas, sans raison plausible, dans les ventricules) ; elle ne peut aider à préciser les motifs exacts de la non « circulation » du gaz.

3° *L'encéphalographie artérielle* (Egas Moniz) pourrait rendre des services dans certains cas (notamment d'anévrismes des artères de la base).

4° Quant à la *ponction hypophysaire* (*par voie transfrontale,* selon la méthode de Simons et Hirschmann), elle peut apporter, en principe, des renseignements précis, mais elle est peu utilisée (notons en passant que le cas princeps des auteurs allemands concernait une poche de Rathke).

Diagnostic de nature. — Formes anatomo-cliniques des tumeurs du IIIe ventricule et des tumeurs comprimant le IIIe ventricule.

A. Les auteurs classent différemment les divers types cliniques des tumeurs du IIIe ventricule.

1. La classication la plus généralement adoptée, en France du moins, est celle qui, basée sur l'étude du syndrome infundibulaire et dystrophique, distingue (Jumentié et Chausseblanche, Chausseblanche ; Arnaud ; Le Bihan) etc.... :

a) des *formes avec syndrome infundibulaire complet* Le type en est l'observation princeps de Claude et Lhermitte (tumeur kystique intraventriculaire développée aux dépens du revêtement du IIIe ventricule). Cette forme évolue schématiquement en deux phases : 1° *stade purement infundibulaire* avec narcolepsie, polyurie, troubles cardiovasculaires, glycosurie, dysrégulation thermique, amaigrissement et asthénie, agitation et torpeur ; 2° *stade d'extension* vers les organes voisins (en particulier étape pédonculaire) : d'oú l'apparition de troubles « hypophysaires » (dystrophies, troubles de la nutrition générale), chiasmatiques, et enfin, pyramidaux (avec dysarthrie et paralysie oculaires), cérébelleux, parkinsoniens et thalamiques, psychiques complexes.

b) Des *formes avec syndrome infundibulaire dissocié,* plus ou moins monosymptomatiques, de beaucoup les plus fréquentes : *forme hypersomnique,* dont le type est une observation d'André-Thomas, Jumentié et Chausseblanche ou une des observations de Bériel ; *formes dystrophiques,* dites encore hypophysaires, avec infantilisme et troubles adiposo-génitaux (obs. de Lereboullet, Mouzon et Cathala) ; á ces dernières formes, il faut ajouter le cas unique de Heuyer, Lhermitte, de Martel et C. Vogt : *forme avec syndrome de macrogénitosomie précoce* (gliome limité à la région mamillo-tubérienne) ; *forme polyurique,* etc...

c) Des *formes frustes et larvées :*

soit que les signes infundibulaires cardinaux manquent ou restent assez discrets pour passer inaperçus (*formes latentes,* à évolution d'ailleurs souvent brusquement aggravée, et, dés lors, foudroyante) ;

soit que la période d'extension évolue pendant plusieurs mois et prenne une importance considérable, alors que les signes infundibulaires n'attirent pas spécialement l'attention (*formes larvées* de Le Bihan) : *formes paralytiques* (obs. de Jumentié et Chausseblanche ; de Français et Vernier) ; *cérébelleuse ; parkinsonienne* (van Bogaert, Orzechowski, Le Bihan) ; *thalamiques* (van Bogaert); *oculaires* (à type de névrite rétrobulbaire) ; *psychiques,* etc...

2. De son côté, M. Lhermitte, se basant surtout sur la notion d'âge, distingue :

chez l'enfant, deux types surtout : la *forme hydrocéphalique* (avec infantilisme, troubles de l'ouïe, paralysies oculaires, stase papillaire. hémianopsie bitemporale) ; la *forme adiposogénitale* (avec infantilisme, polyurie, narcolepsie ou hypersomnie en longues périodes), à quoi il faut opposer la forme avec macrogénitosomie précoce.

Chez l'adolescent et chez l'adulte, chez l'adulte surtout, les types cliniques seraient peut-être moins tranchés (formes adiposogénitale,

hypersomnique ; formes avec troubles du caractère et de l'humeur).

B. En partant du dépouillement des observations, des données ventriculographiques, des considérations de pratique neuro-chirurgicale, il semble qu'on puisse actuellement (et en attendant une classification à la fois anatomique et clinique rigoureuse), distinguer, parmi les tumeurs du IIIe ventricule ou comprimant le IIIe ventricule, trois groupes de cas :

I. *Tumeurs du plancher du IIIe ventricule ou tumeurs suprasellaires* comprimant (ou envahissant) ce plancher de bas en haut (type inférieur) ; il faudrait y joindre les tumeurs intéressant surtout la partie antérieure du IIIe ventricule (type antérieur). En fait, ces deux groupes se confondent dans un *type antéro-inférieur.*

II. *Tumeurs intraventriculaires* proprement dites, notamment tumeurs nées du toit du ventricule.

III. *Tumeurs intéressant la partie postérieure (et supérieure) du ventricule (tumeurs de la région pinéale).*

Le problème, dans chacun des cas I et III tout au moins, est de savoir si la tumeur est extraventriculaire et opérable, ou si elle intéresse les parois mêmes du ventricule et reste, de ce fait, inaccessible à la chirurgie.



I. Type inféro-antérieur
Diagnostic des tumeurs suprasellaires

Ce type inférieur réunit les *tumeurs suprasellaires* proprement dites (*tumeurs chiasmatiques* de Cushing) et des *tumeurs nées du plancher du IIIe ventricule. Les publications de ces quinze dernières années permettent d'isoler un certain nombre de types anatomo-cliniques bien définis de tumeurs suprasellaires. Le diagnostic de tumeur du IIIe ventricule proprement dit, se pose, dans ces cas, par exclusion.* Ce groupe de faits est certainement celui qui, du point de vue neuro-chirurgical, présente le plus gros intérêt actuel. Mais, justement parce qu'il est bien connu maintenant, nous pouvons nous contenter de résumer les données essentielles.

A. *Les cas où le diagnostic est, en général, possible cliniquement sont :*

1. D'abord et avant tout, les tumeurs développées aux dépens des résidus embryonnaires du canal hypophyso-pharyngé : **tumeurs de la poche de Rathke ou cranio-pharyngiomes** (soit primitivement suprasellaires, développés aux dépens de l'amas embryonnaire supérieur, soit d'abord intrasellaires, puis secondairement seulement suprasellaires).

Les malades sont généralement des *sujets jeunes* (moins de 20 ans, de 30 presque toujours).

Cliniquement, le syndrome d'hypertension intracranienne reste souvent discret, les poussées elles-mêmes n'ont pas, souvent, une acuité extrême. Les troubles dystrophiques (de la croissance) et génitaux sont la règle, souvent dissociés ou paradoxaux (Puech). Le syndrome infundibulo-tubérien est inconstant, réduit souvent à l'hypersomnie ; le diabète insipide est plus rare, la glycosurie exceptionnelle ; les troubles de la thermorégulation ont été signalés. Le *syndrome chiasmatique est précoce, constant ;* il évolue lentement, avec ce grand caractère d'être asymétrique ; les signes oculaires, dans certains cas, peuvent même être franchement unilatéraux : la stase papillaire manque souvent. Les autres signes (cérébelleux, pyramidaux, parkinsoniens) sont tardifs et impliquent l'inopérabilité.

Radiologiquement, le signe capital, qui emporte, en général, le diagnostic, est constitué par la présence, au-dessus (et parfois à l'intérieur) de la selle turcique, de CONCRÉTIONS CALCAIRES visibles sous forme de nodules de dimensions variables : soit très discrets, se réduisant à une ou plusieurs petites taches sombres de la grosseur d'une noisette, soit très volumineux, véritable masse calcaire qui surplombe la selle et peut, exceptionnellement il est vrai, atteindre jusqu'au volume d'une balle de tennis (Nilus). Ces concrétions calcaires seraient visibles dans 71 % (Mc Kenzie et Sosman), 80 % (Dew) des cas de craniopharyngiomes ; elles peuvent manquer, notamment dans les cas de tumeurs jeunes (G. Guillain et Péron). En leur absence, la ventriculographie peut devenir indispensable, donnant l'aspect d'hydrocéphalie biventriculaire signalé plus haut, avec IIIe ventricule non injecté. Inversement, les concrétions calcaires n'ont pas la valeur pathognomonique qu'on avait cru d'abord pouvoir leur attribuer. On les retrouve, dans certains cas de méningiomes ou d'endothéliomes, de gliomes, de chordomes, et surtout dans les anévrismes de la base du cerveau.

Le seul traitement actuel des craniopharyngiomes est chirurgical. Mais il faut bien savoir que l'extirpation complète et définitive reste actuellement une rareté. Cl. Vincent a bien insisté sur les difficultés opératoires, dont l'une des plus grosses tient aux adhérences intimes qui, de bonne heure, solidarisent la tumeur avec le plancher ventriculaire, puis à l'infiltration de ce plancher, et enfin à l'envahissement de la cavité ventriculaire elle-même. Dans beaucoup de cas, lorsqu'on opère, il ne s'agit plus d'une tumeur suprasellaire sous-ventriculaire, mais bien d'une tumeur, secondairement et partiellement, mais authentiquement intraventiculaire. La seule attitude possible est alors, soit la simple évacuation du contenu kystique, soit le morcellement de la tumeur, l'ablation « par copeaux », à l'électro. La guérison reste alors incomplète et les récidives inévitables.

2. Les **méningiomes** (endothéliaux ou psammomes) SUPRASELLAIRES, qui sont surtout des *méningiomes du tuberculum sellæ* (Cushing, de Martel, Vincent).

Ils se développent chez des *adultes jeunes.*

Le diagnostic doit en être fait, avant l'apparition des signes hypertensifs et des signes dystrophiques ou infundibulaires, sur la constatation de deux ordres de phénomènes :

syndrome oculaire avec acuité visuelle précocement et progressivement diminuée (la compression chiasmatique se fait ici d'avant en arrière), hémianopsie bitemporale nette, parfois à contours irréguliers, avec lacunes du champ visuel ; atrophie papillaire ; le tout fréquemment, sinon constamment asymétrique ;

signes radiologiques : selle turcique normale, pas de calcifications susellaires (elles n'existeraient, dans les méningiomes suprasellaires, que 10 fois sur 100, et seraient relativement tardives) ; mais volume, opacité et rugosité exagérés du tuberculum sellæ (il faut, pour constater ce signe, des radiographies excellentes, de préférence la stéréoradiographie : Cushing, Dew).

Rien ne montre mieux la nécessité d'un diagnostic précoce en matière de neuro-chirurgie que l'histoire de ces méningiomes. Opérés tôt, ils peuvent, avec une facilité relative, être désinsérés de leur point d'attache tuberculaire, et énucléés après bascule. Si l'on ne fait pas un diagnostic précoce, les signes d'hypertension, les signes de la série infundibulo-hypophysaire apparaissent, et la tumeur, qui pourtant, à l'inverse des craniopharyngiomes, n'envahit pas, mais refoule seule-

ment et comprime le IIIe ventricule, devient difficile à diagnostiquer, difficile aussi à opérer. D'ailleurs, l'énucléation serait-elle encore possible que le malade resterait ce qu'il était avant l'opération tardive : aveugle. Pour être de pronostic chirurgical favorable, un méningiome du tuberculum sellæ ne doit, en somme, présenter aucun des signes décrits dans notre chapitre de sémiologie analytique, signes chiasmatiques exceptés. (Notons, en passant, qu'il en est à plus forte raison de même pour les autres méningiomes, à point de départ plus éloigné du IIIe ventricule : méningiomes du sillon olfactif, méningiomes de la petite aile du sphénoïde).

3. Les **adénomes hypophysaires suprasellaires** qui, se développant d'emblée au-dessus du diaphragme de la selle turcique, n'entraînent aucune déformation grossière de celle-ci.

Ils n'apparaissent *pas avant la troisième décade de la vie.*

Lorsqu'il ne s'agit pas d'adénomes acidophiles avec acromégalie, le *tableau symptomatique,* mis à part les signes dystrophiques, inconstants, est à très peu de chose près celui des méningiomes suprasellaires. Cependant, le syndrome oculaire serait plutôt celui des tumeurs hypophysaires intrasellaires que celui des méningiomes (hémianopsie bitemporale plus typique, plus symétrique ; acuité visuelle plus tardivement abaissée) ; d'autre part, si la selle apparaît souvent normale, s'il n'existe pas de concrétions calcaires, la symptomatologie radiologique sellaire serait plus riche que dans les méningiomes (de Martel, Nilus) ; mais ces modifications de la selle restent légères (un peu d'usure des apophyses clinoïdes postérieures, parfois de la lame quadrilatère, le plancher restant intact très longtemps). Ce sont là des arguments bien fragiles, et, pratiquement, « on peut dire qu'il faut attendre la vérification opératoire pour faire le diagnostic entre un méningiome et un adénome suprasellaires, et qu'il est à peu près impossible de les distinguer cliniquement » (de Martel).

4. Les **gliomes primitifs du chiasma** ou de la portion intracranienne des nerfs optiques, qui représenteraient, pour Martin et Cushing, 3 à 8 % des néoplasmes suprasellaires.

Les malades sont ordinairement de très *jeunes sujets* (4 à 14 ans).

La *symptomatologie clinique* n'est pas, par elle-même, très caractéristique : baisse de l'acuité visuelle rapidement progressive, asymétrique d'ailleurs ; atrophie optique plus ou

moins marquée et plus ou moins avancée d'un côté à l'autre, souvent unilatérale, avec rétrécissement des vaisseaux ; altérations marquées du champ visuel sans hémianopsie nette, mais avec lacunes irrégulières ; absence, au début, de signes proprement infundibulaires ou hypophysaires : tout ceci ne semble pas essentiellement différent de ce qui se passe dans les compressions pures et simples, par méningiome du tuberculum sellæ par exemple. Cependant, l'exophtalmie unilatérale ne serait pas rare, et surtout on peut noter, dans certains cas, à l'examen du fond de l'œil, une saillie révélatrice de l'existence de la tumeur progressant le long du nerf optique (signe de certitude).

La *radiographie*, ici encore, donne, elle, dans les cas heureux, des renseignements bien plus précis : selle turcique normale ; l'une des apophyses clinoïdes antérieures est parfois entamée par une excavation profonde, conséquence de l'élargissement du trou optique. Le point de départ de la tumeur est en effet fréquement le nerf optique lui-même dans sa portion canaliculaire : d'où un élargissement de la portion profonde du canal optique, un amincissement consécutif du pont osseux qui sépare le canal optique de la fente sphénoïdale, l'effondrement du pilier qui soutient l'apophyse clinoïde antérieure. Dans les cas plus avancés, canal optique et selle turcique communiquent largement ; l'ensemble prend un *aspect en gourde*, la petite extrémité se trouvant au niveau du canal optique et le corps de la gourde venant s'inscrire dans le profil de la selle.

Un certain nombre de tumeurs du chiasma ou de la portion intracranienne des nerfs optiques ne sont d'ailleurs qu'une localisation, parmi d'autres, d'une *neurofibromatose de Recklinghausen* (Emmanuel...).

5. Les **anévrismes des artères de l'hexagone de Willis** peuvent être mentionnés ici.

Leur diagnostic est en fait, lorsqu'il est posé, purement radiologique (Groebel, Heuer et Dandy, Schuller, Sosman et Vost). Grâce à la stéréoradiographie, « il est possible à un radiographe expérimenté de faire ce diagnostic difficile par la forme des plages opaques qui suivent le trajet des artères de la base du cerveau. Sauf les signes d'atrophie optique, d'ailleurs inconstants, les symptômes cliniques sont (souvent) nuls jusqu'à la rupture de l'anévrisme qui donne un tableau dra-

matique : céphalées extrêmes, perte de connaissance, hématorachie et, presque toujours, existus » (Nilus).

Les malades sont des sujets relativement âgés, et syphilitiques.

B. Dans les autres cas, le diagnostic de nature, comme le diagnostic topographique exact, ne peut, dans l'état actuel de nos connaissances, être précisé que par l'intervention ou l'autopsie.

1) Telles ces tumeurs, pourtant encore à proprement parler suprasellaires que sont :

les *chordomes* à symptomatologie « chiasmatique » (d'autres sont surtout rétrosellaires) ;

l'*angioneuroépithéliome kystique* de G. Guillain, Mollaret et Bertrand : dans l'observation de ces auteurs, il y avait hémianopsie bitemporale avec atrophie optique, diabète insipide léger, poussées passagères d'hypertension intracranienne ; la radio montrait une petite tache rétrosellaire. Le diagnostic clinique aurait été celui de cranio-pharyngiome si le malade n'avait eu déjà 40 ans, si l'hémianopsie et l'atrophie optique n'avaient évolué rapidement, si le siège de la petite tache calcaire n'avait été rétro- et non suprasellaire. De l'examen anatomique, on put conclure à une double origine de la tumeur : angiomateuse (cérébrale antérieure) et neuro-épithéliale.

2) Telles enfin ces tumeurs à point de départ mal précisé ou nettement rattachées au III[e] ventricule (TUMEURS PRIMITIVES DU PLANCHER), qu'il nous semble encore impossible de différencier en types anatomo-cliniques définis, les observations étant trop isolées et trop disparates au point de vue anatomique [*tératomes*, *gliomes* de tous types, *neurinomes* (du faisceau de Vicq d'Azyr associé à une sclérose tubéreuse dans un cas de Globus), *cholestéatomes* (Ford, Penfield), voire *kystes* parasitaires et tuberculomes (Bristove, de Schweinitz)].

Tout au plus peut-on dire, au point de vue clinique, que l'évolution par poussées y est particulièrement nette (avec, parfois, de véritables crises, comme nous les décrirons à propos du type intraventriculaire), et que les signes oculaires ne sont pas toujours au premier plan.

Le diagnostic de nature est cependant à la rigueur possible dans les cas de tumeur INFUNDIBULAIRE SECONDAIRE (à un *cancer du sein* par exemple : un cas de Baruk), à une *tumeur cérébelleuse*, ou lorsqu'il existe des signes périphériques de *maladie de Recklinghausen*.

II. Type intraventriculaire (tumeurs du IIIe ventricule proprement dites)

Nous visons surtout ici ces tumeurs intraventriculaires qui, nées d'un point des parois ventriculaires (et le plus souvent du toit), se développent dans le ventricule comme un papillome, le distendent, en élargissent et en occupent la lumière, comprimant secondairement le plancher ventriculaire de haut en bas contre le plan osseux, fibreux et nerveux sous-jacent, provoquant en outre une hydrocéphalie biventriculaire par obstruction. Il s'agit d'ailleurs le plus souvent de tumeurs kystiques.

1° **Au point de vue sémiologique,** ces formes sont caractérisées par :

a) la *prédominance des signes d'hypertension intracranienne :* « ces tumeurs présentent seulement des signes d'hypertension et quelques signes empruntés aux appareils voisins, cérébelleux notamment » (Cl. Vincent, David et Puech) ; comblant la lumière du ventricule, elles « ont en général une symptomatologie focale nulle et des manifestations oculaires, nerveuses ou radiologiques traduisant une hypertension intracranienne importante. Seule la ventriculographie peut donner la clef du problème » (de Martel et Guillaume) ;

b) l'*inconstance des signes visuels,* stase papillaire mise à part, ou leur discrétion ; la discrétion ou l'absence des signes dystrophiques ; la présence éventuelle de signes infundibulo-tubériens (hypersomnie, polyurie, troubles de la régulation thermique), mais survenant par crises ;

c) enfin et surtout l'ÉVOLUTION PAR POUSSÉES, *poussées intenses entrecoupées de longues* et parfois complètes *rémissions.* Ces poussées sont en réalité des sortes de crises d'hydrocéphalie aiguë ; elles s'accompagnent de céphalées atroces (parfois améliorées par certaines positions de la tête, l'inclinaison de la tête à gauche par exemple dans un cas de Fulton et Bailey) avec vomissements ; c'est au cours de ces crises qu'apparaissent, transitoirement : l'hypersomnie souvent, parfois la polyurie ou les crises d'hyperthermie ; ou encore des signes d'atteinte d'organes juxtaventriculaires : paralysie faciale gauche dans un cas de Fulton et Bailey, exagération passagère des réflexes ten-

dineux et signe de Babinski dans un cas personnel ; enfin ces « *crises toniques* », ces attitudes de rigidité décérébrée passagères sur quoi nous avons insisté. Les *rémissions* par contre peuvent être prolongées et en apparence parfaites. On ne saurait trop appuyer, en vérité, sur cette allure intermittente, qui, certes, n'est pas pathognomonique, mais qui reste peut-être le meilleur argument, avec la ventriculographie, en faveur d'une tumeur occupant l'intérieur du III[e] ventricule. Dans les tumeurs suprasellaires elles-mêmes, dans les tumeurs du plancher, une allure aussi nettement paroxystique n'est pas habituelle. On a voulu expliquer cette évolution à éclipses par des variations de la tension intrakystique dans la tumeur elle-même ; il faut plutôt incriminer, semble-t-il, les troubles passagers de la circulation du liquide céphalo-rachidien : peut-être la tumeur agit-elle comme une valve oblitérant transitoirement l'orifice antérieur de l'aqueduc de Sylvius ?

La radiographie simple dans ces cas est négative. A la *ventriculographie,* le III[e] ventricule, nous l'avons vu, est invisible. Les ventricules latéraux sont en général (si la tumeur est tant soit peu volumineuse) dilatés, les trous de Monro restant d'ailleurs perméables, et même fortement distendus.

Parmi les observations de ce groupe, les plus typiques que nous ayons recueillies dans la littérature, citons : une observation d'André-Thomas, Jumentié et Chausseblanche, au cours de laquelle les auteurs n'observèrent pas moins de six poussées de céphalalgie avec hypersomnie ; l'observation de G. Guillain, Bertrand et Périsson (kyste colloïde né des plexus chroroïdes de la voûte du III[e] ventricule, obstruant les trous de Monro et distendant en bas l'infundibulum) ; deux observations de Fulton et Bailey (obs. III : kyste de 17 mm. de diamètre, fixé au toit du III[e] ventricule ; homme : premier signe à 20 ans : vertiges ; mort à 39 ans, rapide, en hyperthermie, après ponction lombaire ; obs. IV : large astroblastome dans le III[e] ventricule) ; l'observation de Laruelle, où les poussées s'accompagnaient d'hyperthermie et de leucocytose. Fulton et Bailey citent, à ce propos, les observations de Walman (1856), Stedman (1883), Batten et Collier (1899), Mott et Barratt (1900), Kinnier Wilson (1906), Gröndahl (1908), Sjövall (1909), Weisenburg (1911), Hansen-Breide (1911), Hall (deux cas : 1913), Klarfeld (1920), J.-S. Risier-Russell (1921), Kaufmann (1922), Sundberg (1924), Buzzard et Greenfield (1923), Waalgren (1925),

Busch et Bittorf (?). Cette liste n'a pas la prétention d'être complète.

D'autres observations, moins typiques au point de vue évolutif, confirment, dans l'ensemble, ce que nous avons dit de la symptomatologie de ces tumeurs intraventriculaires au point de vue de la prédominance des signes hypertensifs et du caractère relativement secondaire ou intermittent des symptômes proprement tubéro-hypophysaires (par ex., obs. de Claude et Schaeffer ; tumeur kystique insérée latéralement sur une couche optique ; de Français et Vernier ; de Vincent, David et Puech...).

2° *Au point de vue du* **diagnostic,** *différentiel,* ces tumeurs se présentent, pratiquement, d'une façon assez semblable aux « tumeurs obstruant l'aqueduc de Sylvius » et l'on peut dire, avec Vincent, que :

a) ou bien coexistent des signes d'hypertension et des signes cliniques qui permettent de soupçonner le point de départ de la néoplasie (signes infundibulaires en l'espèce, mais il faut, pour qu'ils aient leur pleine valeur, qu'ils soient précoces) ;

b) ou bien il n'y a que des signes d'hydrocéphalie avec hypertension, sans signes de localisation. Une fois posé, le diagnostic de tumeur (éventuellement par la ventriculographie elle-même), il faut décider si l'obstacle siège dans la fosse postérieure, au niveau de l'aqueduc ou dans le IIIe ventricule lui-même. En cas de tumeur du IIIe ventricule, celui-ci, lors de la ventriculographie, ne s'injecte pas. S'il apparaît, la tumeur est plus postérieure. Dans le premier cas, on interviendra, s'il y a lieu, par voie frontale ou haute, dans l'autre par voie suboccipitale.

3° *Au point de vue* **anatomique,** les tumeurs de ce type semblent être surtout des tumeurs épithéliales (*papillomes* nés aux dépens des plexus choroïdes du toit ventriculaire) ; des *épendymomes* (dérivés des spongioblastes épendymaires) ou des *astrocytomes* (gliomes sous-épendymaires). Mais ces trois types ne renferment pas tous les cas. Après Sjövahl, Fulton et Bailey se demandent s'il ne faut pas isoler un type spécial de tumeur kystique né du toit du IIIe ventricule, avec épithélium cuboïde et souvent cilié, et qui trouverait son origine dans les vestiges de la *paraphyse,* organe très développé chez les Amphibiens, mais qui reste très rudimentaire chez l'homme (Bailey, 1916).

III. Type postérieur (postéro-supérieur) Tumeurs de la région pinéale

Ce type correspond aux tumeurs groupées généralement sous la dénomination de « tumeurs de la région pinéale ». Nous croyons que leur étude suivra une marche parallèle à celle des tumeurs hypophysaires et suprasellaires, et qu'on arrivera peu à peu à isoler, dans la symptomatologie tumorale encore confuse de cette région, quelques types anatomo-cliniques et évolutifs définis. Pour l'instant, nous ne pouvons que schématiser, d'ailleurs brièvement, l'aspect de ces tumeurs qui, plus ou moins, intéressent la portion supérieure et postérieure du IIIe ventricule.

1° D'une façon générale, au **point de vue clinique,** on trouve :

a) un *syndrome d'hypertension intracranienne précoce et marqué,* avec stase papillaire importante. Ce syndrome subit des poussées, mais non des rémissions franches comme dans certaines tumeurs intraventriculaires ;

b) la *macrogénitosomie précoce* (syndrome de Pellizi), considérée longtemps comme caractéristique des tumeurs pinéales (au moins chez les jeunes garçons), n'est, nous l'avons vu, ni constante (même chez les jeunes enfants) (Joseph Globus et Samuel Silbert ; Baudoin, Lhermitte et Jean Lereboullet ; Norris et Cairns...), ni spécifique des tumeurs de la région (cas de Heuyer, Lhermitte, de Martel et C. Vogt) ;

c) certains signes neurologiques ont en réalité une valeur localisatrice infiniment plus importante, et notamment :

le *syndrome de Parinaud,* paralysie verticale du regard, compliquée ou non de paralysie de la convergence ;

la *paralysie* nucléaire (parcellaire souvent, parfois totale) *du III* (rarement du IV) ;

les modifications pupillaires, notamment les troubles des réflexes pupillaires à la lumière, y compris le *signe d'Argyll-Robertson.*

Il faudrait éventuellement ajouter à cette symptomatologie: des troubles auditifs (bruits subjectifs, surdité centrale) ; une hémianopsie par lésion du pulvinar et du corps genouillé externe ; des troubles cérébelleux fréquents (ataxie mésocéphalique), voire pyramidaux (parésie bilatérale), extrapyra-

midaux ou temporaux (notamment une hémianopsie spéciale).

Quant aux *troubles proprement infundibulaires* (polyurie, obésité, troubles vaso-moteurs, et surtout hypersomnie, paroxystique ou prolongée), ils ne sont pas rares (Alajouanine, Baruk et Lagrange, Allen et Lowell) ; mais ils sont relativement tardifs ; ils résultent, soit de la distension du plancher ventriculaire par l'hydrocéphalie secondaire, soit de métastases (les pinéalomes notamment donnant souvent des métastases infundibulaires : Bailey, Horrax et Bailey, Warren et Tilney).

L'aspect *ventriculographique* est celui d'une hydrocéphalie triventriculaire : le IIIe ventricule est injecté, mais ses récessus postérieurs effacés. La radiographie peut montrer la présence de *calcifications* dans la région pinéale : mais ces calcifications ne sont pas caractéristiques d'un type particulier de tumeur ; elles peuvent même se rencontrer en dehors de tout néoplasme de la région ; elles n'ont aucune signification pathologique.

L'évolution est en général rapide (parfois une *cachexie* spéciale complète le tableau), mais la radiothérapie donne ici des survies parfois prolongées.

Glaser a insisté en 1929 sur le « caractère interchangeable » et les relations qui existent entre la symptomatologie des tumeurs pinéales et quadrigéminales d'une part, ventriculaires de l'autre.

2° Quant aux **types anatomiques** en cause, il nous paraît actuellement impossible de les superposer à des types cliniques quelconques. Glaser, d'ailleurs, Allen et Lowell, insistent sur le fait que, même au strict point de vue anatomique et histologique, la question des tumeurs de la région pinéale et de la partie postéro-supérieure du IIIe ventricule, est loin d'être clarifiée. Haldeman, en 1927, avait, sur 113 cas colligés, trouvé 22 tératomes, 24 sarcomes, 14 kystes, 11 gliomes non spécifiés, 10 pinéalomes, 4 tumeurs de type hypophysaire (?), 4 carcinomes, 4 adénomes, 4 psammomes, 18 tumeurs indéterminées (et aussi 4 cholestératomes et kystes parasitaires et 5 tuberculomes). Le beau cas récent (radiosensible) d'Alajouanine, Thurel et Oberling était un médulloblastome (neurospongiome).

IV

TRAITEMENT

A. Traitements palliatifs

1° Médications symptomatiques

a) *Contre l'hypersomnie, l'éphédrine* nous a personnellement rendu service dans un cas (dépassant même le but cherché, la médication a provoqué l'insomnie). On sait que Doyle et Daniels ont les premiers essayé l'éphédrine dans la narcolepsie, en partant de cette hypothèse que les attaques cataplectiques, qui font partie intégrante du syndrome narcoleptique et qui sont parfois provoquées par les émotions, seraient vraisemblablement dues à l'impossibilité où se trouverait la surrénale de produire rapidement la quantité d'adrénaline suffisante pour parer à la brusque dissolution du tonus postémotionnel (d'après Roger). Il faudrait faire ingérer de 3 à 7 cgr. par jour.

b) *Contre la polyurie, l'opothérapie posthypophysaire* est la médication de choix, sinon la médication spécifique. On peut l'administrer par voie sous-cutanée ou intra-musculaire (Barrat) ou par voie nasale (installations ou applications de tampons imbibés d'une solution de pituitrine). Notons cependant que l'action de la rétropituitrine (*extrait P* de M. Labbé, Boulin, Azerad, Justin-Besançon et Simonnet) est transitoire, qu'il faut en renouveler les prises et que, d'autre part, elle serait nulle dans certaines formes particulières de diabète insipide (les formes hypochlorémique de Mayer et Veil, nerveuse de Gilbert et Rathery).

c) *Contre les troubles dystrophiques,* l'opothérapie a en général peu d'efficacité. Dans un cas de craniopharyngiome que nous avons suivi avec Pierson, l'*opothérapie* associée, *tothypophysaire et génitale* (testiculaire), a paru cependant améliorer les troubles dystrophiques. L'opothérapie hypophysaire agit parfois favorablement sur les troubles psychiques initiaux (Cushing). Cependant, Tracy J. Putnan (de Boston) conclut, dans une étude récente (Congrès de Berne, 1931) que

l'obésité, la somnolence et l'arriération psychique, étant plutôt dues à la compression du plancher du IIIe ventricule qu'à un trouble glandulaire, ne sont pas influencés par l'opothérapie. Aucun résultat favorable par ailleurs n'a été obtenu par le même auteur chez les malades atteints de macrogénitosomie précoce, quelle que soit l'opothérapie employée.

L'*opothérapie thyroïdienne* rendrait, dans certains cas d'infantilisme, d'hypersomnie (Winderowicz, Meldorff), de menus services.

L'*insuline* a été préconisée, conjointement à l'extrait hypophysaire (lobe antérieur), dans les cas d'amaigrissement et de cachexie type Simmonds.

2° Ponctions

a) La ponction lombaire donne classiquement des résultats quelquefois « admirables » dans les cas de polyurie. Lhermitte et Mlle Alice Roques ont montré qu'elle pouvait avoir une action également favorable sur l'hypersomnie. Elle peut agir enfin sur la glycosurie de certains diabétiques. Elle agirait en décomprimant les centres organo-végétatifs du plancher du IIIe ventricule. Mais ses résultats sont inconstants, même lorsque le manomètre montre une hypertension à l'étage lombaire. De plus, dans les cas d'hydrocéphalie bi- ou triventriculaire bloquée, où la compression du plancher se fait de dedans en dehors (distension du IIIe ventricule) et où la communication n'est plus libre entre les ventricules et les espaces sous-arachnoïdiens, il semble que la ponction lombaire ne puisse rien donner. Elle peut même être dangeureuse : elle semble avoir hâté la mort dans un cas de tumeur intraventriculaire de Fulton et Bailey. La prudence avec laquelle il faut recourir aux ponctions lombaires chez les porteurs de tumeurs cérébrales est d'ailleurs une notion élémentaire.

b) Plus logique serait la ponction cérébrale, décomprimant par en haut : soit *ponction d'un ventricule latéral* ou des deux ventricules latéraux ; soit même *ponction « hypophysaire »* par voie transfrontale de Simmons et Hirschmann (dans le premier cas rapporté par ces auteurs, l'aiguille tomba dans la cavité d'un craniopharyngiome et ramena un liquide pailleté caractérisitique ; une telle éventualité ne peut cependant que demeurer exceptionnelle).

3° Trépanation décompressive

La trépanation décompressive (large, temporo-pariétale) reste le traitement palliatif le plus fréquemment mis en œuvre. Elle ne saurait en aucune façon assurer le sauvetage de la vision dans les cas de compression directe ou d'infiltration du chiasma (tumeurs suprasellaires). Elle agit surtout dans les cas de tumeur intraventriculaire ou lorsque la symptomatologie est essentiellement une symptomatologie hypertensive (tumeurs de la région pinéale). Encore la craniectomie décompressive, par elle-même, n'assure-t-elle pas à coup sûr l'atténuation des hydrocéphalies bloquées. Il faut lui adjoindres des manœuvres supplémentaires.

L'ouverture de la dure-mère et la *ponction ventriculaire* immédiate sont en général recommandées. Notre modeste expérience personnelle n'est pas favorable à cette façon de faire, du moins dans les gros syndromes hypertensifs. Dandy d'ailleurs a depuis longtemps accusé cette intervention, entre autres choses, de favoriser les hémorragies intracérébrales par rupture d'équilibre circulatoire, et d'entraîner le coma ou la mort subite.

Cette ponction ventriculaire d'ailleurs ne saurait donner que des résultats éphémères. Des méthodes pourraient peut-être être mises au point dans ce sens, méthodes de drainage ou méthodes plus ou moins analogues à la méthode de « *fistulisation ventriculo-sous-arachnoïdienne* » préconisée par Bize dans les hydrocéphalies infantiles. Le principe de ces méthodes est « de dériver le courant du liquide céphalo-rachidien en substituant au trajet normal, mais obstrué, un trajet artificiel, mais libre, véritable court-circuit qui, rétablissant le courant du liquide céphalo-rachidien, peut permettre son évacuation ». Dans les cas de tumeurs intraventriculaires inextirpables actuellement, mais dont l'évolution peut s'étendre sur de très nombreuses années (19 ans dans un cas de Fulton et Bailey), de telles opérations palliatives ne seraient peut-être pas à dédaigner. Nous posons la question. Notons seulement que les deux techniques préconisées par Bize (ponction du lac cérébelleux supérieur, ou sous-calleuse postérieure, et ponction du lac calleux, ou sous-calleuse antérieure) ne sauraient convenir dans les conditions qui nous occupent, puisqu'elles visent l'évacuation du liquide par la cavité du IIIe ventricule, comblé ici dans la plupart des cas.

4° Solutions hypertoniques

La méthode des INJECTIONS HYPERTONIQUES (Weed et Mc Kibbe) de solutions glycosées à 20 % (injections intraveineuses de 10 à 20 cm³), l'administration par voie buccale de solution glucosée hypertonique (80 cm³ à 40 % : Leriche), les lavements hypertoniques de sulfate de magnésie à 20 ou 30 % peuvent rendre des services appréciables. Baruk a montré leur action parfois remarquable sur les troubles mentaux liés aux grandes hypertensions. L'action de ces solutions hypertoniques reste cependant discutée, en tous les cas passagère et inconstante.

B. Traitements curatifs

Ils se résument dans la radiothérapie (et la radiumthérapie) et la chirurgie (exérèse chirurgicale).

I. Radiothérapie

On connaît la *loi de Bergonié-Tribondeau :* « Les cellules cancéreuses à grand avenir cinétique sont les plus sensibles aux rayons. » Cette loi est valable pour les tumeurs cérébrales. C'est dire que, dans les tumeurs qui nous occupent, les possibilités de la radiothérapie sont très variables :

a) Sont *nettement influencés favorablement* par la radiothérapie : les *adénomes hypophysaires* (Béclère, Gunsett, Jaugeas), les *pinéoblastomes* et, à un moindre degré, les *pinéalomes*, enfin les *médulloblastomes.*

b) Ne *sont en tout état de cause à peu près pas sensibles aux rayons :* les *craniopharyngiomes,* les *méningiomes* (ou endothéliomes), les *épendymomes,* les *hémangiomes* (et aussi les astrocytomes).

c) Ont une sensibilité radiothérapique intermédiaire les épendymoblastomes et les astroblastomes.

C'est dire que, pour les tumeurs qui nous intéressent, un petit nombre seulement peut, avec quelques chances de succès, être traité par les rayons. Pratiquement, il semble que les plus beaux succès soient obtenus dans les cas de tumeurs de la région sus- et rétroventriculaire (tumeurs de la région pinéale). Quant aux adénomes suprasellaires, d'une part, nous

l'avons vu, leur différenciation d'avec les autres tumeurs suprasellaires est cliniquement à peu près impossible (du moins leur différenciation d'avec les méningiomes) ; et d'autre part les neuro-chirurgiens (Vincent et de Martel notamment) insistent sur le fait qu'il ne faut pas irradier, mais opérer, les tumeurs qui menacent directement la vue par compression des voies optiques.

De toutes façons d'ailleurs, l'irradiation devra être suffisante (utiliser des rayons très pénétrants à grande puissance, filtrés à l'aide d'écran métallique, en appliquant la technique des rayons convergents par de multiples portes d'entrée, technique sur les détails de laquelle nous ne saurions insister ici) ; le traitement aux rayons X devra être toujours précédé d'une craniectomie décompressive, car la radiothérapie sur crâne fermé serait susceptible d'aggraver dangereusement les hypertensions préalablement déjà marquées (telle est du moins l'opinion de la plupart des neurologistes ; l'opinion de Béclère, sur ce point, est différente : Congrès de Berne, 1931).

Quant au *radium*, il a jusqu'ici été peu utilisé. Il pourrait éventuellement être introduit dans la région suprasellaire par une technique inspirée de celle de la ponction « hypophysaire » transfrontale de Simmons et Hirschmann.

II. Traitement chirurgical proprement dit

Le seul traitement radical est, en fait, représenté par l'exérèse chirurgicale. Mais celle-ci n'est possible que si la tumeur est diagnostiquée et localisée de bonne heure, si elle n'a pas pris une extension trop grande, si, primitivement ou secondairement, elle n'atteint pas, n'envahit pas, des « zones interdites », dont le plancher du IIIe ventricule est le type.

1° Buts et résultats. — L'ablation totale est le but idéal. A défaut, le neuro-chirurgien devra se contenter d'extirpations partielles ou d'évacuations des cavités kystiques. Nous n'avons ni l'intention ni la possibilité, ici, de décrire par le détail les techniques chirurgicales. Nous ne reproduirons et ne discuterons même pas les *statistiques opératoires* publiées par les différents neuro-chirurgiens. Ces statistiques n'ont, en sommes, qu'un intérêt documentaire ; elles ne permettent encore que deux conclusions : la première est que tout neuro-

chirurgien digne de ce nom améliore peu à peu sa statistique ; sa première série est une série noire, puis les succès deviennent de plus en plus nombreux. La seconde est que les cas les plus heureux sont toujours les cas où la tumeur a été diagnostiquée et localisée tôt, et adressée tôt à l'opérateur. *Les statistiques sont d'autant meilleures que le neuro-chirurgien qui les produit a opéré davantage, et que les cas qu'on lui envoie sont des cas moins évolués.*

Ces généralités rappelées, passons en revue rapidement ce qui regarde plus spécialement la neurochirurgie de la région du III[e] ventricule.

a) LES TUMEURS SUPRASELLAIRES, CHIASMATIQUES, S'ABORDENT PAR VOIE ANTÉRIEURE, SOUS-FRONTALE. Dans un article de la *Revue de Chirurgie*, en 1931, de Martel, Denet et Guillaume, ont bien précisé la technique et les divers temps de l'opération.

Une fois enlevé le volet osseux et ponctionné le ventricule latéral, deux voies d'accès sont possibles vers la région chiasmatique. L'une est la *voie sous- ou extra-durale* (décollement de la dure-mère du plan osseux sus-orbitaire jusqu'au bord postérieur de la petite aile du sphénoïde ; alors seulement, la dure-mère est incisée et le chirurgien pénètre dans les espaces sous-arachnoïdiens). L'autre est une *voie directe, intradurale* (la dure-mère est incisée suivant les contours de l'orifice de trépanation ; le cerveau est immédiatement et largement découvert. On arrive directement sur la région chiasmatique, en déclinant le lobe frontal : Adson, de Martel).

Le nerf olfactif, l'apophyse clinoïde antérieure, le bord postérieur de la petite aile du sphénoïde fournissent les premiers repères importants. Le second groupe de repères est constitué par le nerf optique droit (on opère, en général, par la droite), l'angle antérieur droit du chiasma, plus en arrière la bandelette optique droite et aussi par le bouquet artériel carotidien. L'exploration systématique de la région commence alors.

En cas de CRANIOPHARYNGIOME, on ponctionne d'abord (le fait de retirer un liquide chargé de paillettes de cholestérine confirme le diagnostic ; d'après la quantité de liquide retiré par ponction, on peut, approximativement, juger du volume de la tumeur) ; puis on ouvre le kyste à la pointe du bistouri et le touche au liquide de Zenker (ce qui rend plus solide la paroi friable de la tumeur et permet de la mieux saisir) ; enfin, par tractions douces, on cherche à attirer le kyste au dehors. L'extirpation complète est

possible si la tumeur est petite, mais ce n'est pas la règle : « Dans le monde entier, on peut compter les craniopharyngiomes enlevés en entier. » (Cl. Vincent, David et Puech). En général, la tumeur est trop étendue, elle adhère trop au plancher du IIIe ventricule, aux vaisseaux de l'hexagone de Willis, aux voies optiques, pour que l'ablation totale ne soit pas trop risquée, ou impossible. Il faut alors se contenter, soit d'évacuer le liquide kystique, soit, mieux, d'enlever le plus possible de tissu tumoral, en utilisant l'électro, et en procédant « par copeaux », comme nous l'avons déjà dit. C'est une opération longue, délicate, qui ne va pas sans aléas ; des artères peuvent gêner considérablement qu'on ne peut lier, soit que cette ligature doive être catastropique, soit qu'on ne sache pas, en présence d'une artère, quelle elle est exactement ; le chiasma, si les nerfs optiques sont courts notamment, est un autre obstacle ; mais, si le malade est hémianopsique et le chiasma fortement soulevé par la tumeur qu'il recouvre, il est permis de le sectionner dans le sens antéro-postérieur (de Martel). L'opération étant, en général, incomplète, les récidives sont fréquentes, aux dépens de la portion tumorale non extirpée (ne serait-ce, en cas de craniopharyniome primitivement intrasellaire, qu'aux dépens de la portion intraturcique de la tumeur) ; les cas réopérés sont nombreux ; l'opération renouvelée n'est généralement pas plus difficile que ne l'a été la première intervention (de Martel, Denet et Guillaume ; Cl. Vincent).

Les MÉNINGIOMES SUPRASELLAIRES (reconnus à leur surface fréquemment mamelonnée et grenue, souvent résistante) peuvent, s'ils sont petits, être désinsérés de leur attache tuberculaire, basculés et extirpés en entier ; on curettera avec soin le point d'implantation de la tumeur afin d'éviter une récidive. A défaut d'ablation possible en bloc, « plutôt que de risquer de graves complications, mieux vaut évider le méningiome et le transformer en une poche dont l'extraction sera aisée, même à travers un champ opératoire étroit. » (de Martel). L'hémostase est ici toujours difficile.

Les ADÉNOMES SUPRASELLAIRES ne sont abordables que par la même voie transfrontale (même pour les adénomes hypophysaires intrasellaires, la tendance actuelle est d'ailleurs d'abandonner la voie transphénoïdale). Ici encore, la meilleure technique consiste, après incision du dôme tumoral en un point bien visible, à évider la tumeur à la curette. Ici encore, les récidives sont fréquentes, mais les opérations itératives possibles, et même faciles (de Martel).

Dans les autres cas, notamment les gliomes du chiasma..., le neuro-chirurgien se laissera guider par son expérience et les circonstances ; aucune schématisation n'est possible.

b) Les tumeurs qui sont situées au-dessus et en arrière du IIIe ventricule (tumeurs de la région pinéale) s'abordent par voie haute, transcalleuse (Dandy, Foerster, Puussepp, Cl. Vincent, de Martel et Guillaume).

On taille un large volet pariétal droit à pédicule latéral et dépassant la ligne médiane de 4 cm. vers la gauche, incise la dure-mère en se tenant à droite du sinus longitudinal supérieur (l'hémostase des veines afférentes au sinus est un temps long de l'opération). Puis, en réclinant l'hémisphère en dehors, on s'insinue entre sa face externe et la faux du cerveau, jusqu'à ce qu'on atteigne la face supérieure du corps calleux. Résolument, et exactement sur la ligne médiane, on incise alors celui-ci, progressivement (sur 6 cm., le milieu de l'incision correspondant à l'union des tiers moyen et postérieur du corps calleux dans un cas récent de de Martel et Guillaume). Sous le corps calleux, on trouve la tumeur.

Dans les cas jusqu'ici publiés, l'exérèse totale a été impossible, du fait des adhérences constatées ou suspectées de la tumeur, du fait surtout de ses connexions vasculaires profondes (le pédicule de la tumeur est souvent, dit Vincent, la veine de Galien ou l'une de ses racines). On doit alors, ici encore, se contenter de vider le contenu de kystes éventuels ou d'enlever, par lambeaux, le plus possible du néoplasme.

La voie transcalleuse semble pouvoir être une voie d'abord vers le toit du IIIe ventricule. Il semble même que, au cours des interventions de ce type, certains auteurs aient pénétré, sans accident notable, dans la cavité du IIIe ventricule.

2° Accidents post-opératoires. — Ce sont ceux de la chirurgie endocranienne en général ; dans les opérations par voie transcalleuse, aucun trouble spécial, notamment aucune apraxie ou alexie, ne semblent avoir été notés comme suite de la section calleuse elle-même, et ceci ne manque pas d'avoir un intérêt général important. Nous voudrions seulement, dans ce paragraphe, rappeler, parce qu'ils sont vraiment très spéciaux, et d'une valeur dogmatique très grande, les *accidents postopératoires particuliers à la chirurgie suprasellaires.* Ces accidents ou incidents sont bien connus grâce aux publications de Cushing, de Cl. Vincent et de de Martel. Ce dernier auteur les schématise de la façon suivante :

a) Au cours même de l'opération :

Lorsqu'on dégage la région suprasellaire, on peut voir le malade pris brusquement de soif intense, de polyurie, puis s'endormir (alors que, jusque-là, non anesthésié, il répondait bien aux questions) d'un sommeil profond, l'opération se poursuivant dès lors sur un malade « dormant d'un sommeil plus ou moins ébrieux » ; la respiration devient bruyante, la température se dérègle (hypothermie à 36°).

Quelquefois, et sans doute du fait de la compression prolongée du lobe frontal par l'écarteur, se surajoute au tableau précédent un « syndrome frontal presque expérimental » (désorientation dans le temps et l'espace, confusion avec divagations) ; ce syndrome, en général, s'atténue progressivement après l'opération.

b) Dans les heures qui suivent l'opération, on observe :

soit un SYNDROME POSTOPÉRATOIRE DU PLANCHER DU IIIe VENTRICULE (Cl. Vincent), SYNDROME INFUNDIBULAIRE PUR (qui est d'ailleurs la règle) : sommeil profond avec respiration régulière et tension artérielle normale, mais pouls accéléré : ascension thermique à 40°, 41° ou plus. Le malade répond aux excitations un peu vives, sort momentanément de sa torpeur, répond aux questions posées, puis se rendort. Spontanément, il s'éveille pour demander à boire. Ce syndrome cède en général au repos, à l'administration de boissons, et surtout à l'inhalation répétée de poudre de lobe postérieur d'hypophyse. Après 24 ou 48 heures, la fièvre tombe et, souvent en quelques heures, revient à la normale ; la narcolepsie s'atténue. « Cinq jours après l'opération, tous ces troubles ont, en général, disparu » (de Martel).

soit un *syndrome frontal,* surajouté au syndrome infundibulaire précédent : « Le malade semble plongé dans un état de rêve. Il prononce, par instants, quelques mots, témoignant de son absence, de sa désorientation dans le temps et l'espace. Lorsqu'on parvient à le tirer de sa torpeur, on constate que l'amnésie est globale, mais avec prédominance cependant pour les faits récents. Le malade ignore tout de son état antérieur et des principaux épisodes qui ont marqué le cours de son affection ; il n'a aucun souvenir de l'intervention. » Ces troubles frontaux, sans élément aphasique, régressent peu à peu, parfois très brusquement.

Nous pourrions résumer la conduite à tenir dans les divers types de tumeurs du IIIe ventricule de la façon suivante :

1° *En cas de tumeur de type inférieur (tumeur à symptoma-*

tologie infundibulaire et chiasmatique), le traitement chirurgical est toujours indiqué en premier lieu. On interviendra par voie transfrontale, même en cas d'adénome suprasellaire. « Les tumeurs intraventriculaires (proprement dites, à symptomatologie inférieure) sont d'ailleurs suffisamment rares pour qu'on ne doive les affirmer qu'après vérification opératoire. » La radiothérapie sera mise en œuvre seulement si, pour une raison quelconque, la chirurgie ne peut intervenir ou si l'intervention n'a pu extraire en entier une tumeur par ailleurs radiosensible.

2° *En cas de tumeur de type postéro-supérieur, tumeurs de la région pinéale,* les avis sont encore partagés ; la chirurgie de cette région n'est encore qu'à ses débuts. Il semble cependant que la règle de conduite la plus générale soit: radiothérapie d'abord, qui donne souvent de beaux et durables succès (Bailey ; Vincent ; Alajouanine, Thurel et Oberling) ; à défaut de résultats radiothérapiques, intervention par voie haute, transcalleuse. Cette règle de conduite est d'ailleurs susceptible de se modifier, en faveur de l'intervention systématique.

3° *En ce qui concerne les tumeurs proprement intraventriculaires* (tumeurs kystiques nées du toit du III[e] ventricule), la radiothérapie est actuellement le seul traitement possible ; mais, ce que nous savons de ces tumeurs ne laisse pas juger très favorablement les possibilités de l'irradiation. A défaut, certaines opérations palliatives pourraient être utiles. Les interventions dans la région du toit du III[e] ventricule sont peut-être, d'ailleurs, une possibilité de demain.

CONCLUSIONS

I. La symptomatologie dite infundibulo-tubérienne ne s'applique qu'à une partie des tumeurs du III[e] ventricule. Qu'il s'agisse de tumeurs proprement ventriculaires ou de tumeurs comprimant le III[e] ventricule, il semble qu'on puisse, à l'heure actuelle, distinguer trois groupes de cas :

1° *Tumeurs antéro-inférieures* (*suprasellaires, chiasmatiques et du plancher du III[e] ventricule*), abordables par voie antérieure, sous-frontale. Elles donnent des signes cliniques

(infundibulo-tubériens), ophtalmologiques et radiologiques, ces deux derniers groupes de signes l'emportant souvent en importance sur les signes infundibulo-hypophysaires eux-mêmes. Un certain nombre de types anatomo-cliniques de ces tumeurs sont bien définis (craniopharyngiomes, méningiomes, adénomes...) ; un diagnostic est possible, une guérison chirurgicale également.

2° *Tumeurs intraventriculaires proprement dites* (surtout tumeurs kystiques nées du toit) : la symptomatologie en est essentiellement une symptomatologie d'hypertension, à éclipses. Elles sont, jusqu'ici, inabordables chirurgicalement et les perspectives radiothérapiques ne paraissent pas très encourageantes.

3° *Tumeurs de la partie postérieure et supérieure du III[e] ventricule (tumeurs de la région pinéale).* La symptomatologie générale est connue, mais les types anatomo-cliniques et évolutifs restent à définir. Le traitement se partage entre l'intervention par voie transcalleuse et la radiothérapie.

II. *L'histoire des tumeurs du III[e] ventricule est, à un point de vue général, pleine d'enseignements.*

a) Elle montre comment, par la confrontation exacte des données cliniques, chirurgicales et histologiques, sont isolés peu à peu des types bien définis de tumeurs cérébrales ; la connaissance des caractères symptomatiques, évolutifs et anatomiques de chaque type l'individualise pleinement, fixe les bases du traitement et du pronostic. L'évolution de nos connaissances sur les tumeurs chiasmatiques ou suprasellaires est à cet égard tout à fait suggestive. Un travail de classement analogue se fait actuellement pour les tumeurs de la région pinéale et aboutira, il faut l'espérer, à des conclusions non moins riches en résultats pratiques.

b) Elle montre, plus peut-être encore que l'histoire des autres tumeurs de l'encéphale, comment un diagnostic précis ne peut, dans la plupart des cas, être porté que par la collaboration étroite d'un neurologiste, d'un ophtalmologiste patient et d'un radiologiste convenablement outillé. La « question » des tumeurs suprasellaires est une « question » autant, sinon plus, ophtalmologique et radiologique, qu'une « question » neurologique à proprement parler.

c) Elle montre enfin cette grande vérité que l'avenir de la

chirurgie nerveuse est dans un diagnostic précoce. Nous ne pouvons mieux faire pour terminer que de citer ces lignes de Cl. Vincent, David et Puech : « ...les neuro-chirurgiens actuels font les premières recherches dans un champ ingrat et dangereux. Mais ils finiront par établir des règles relatives au développement, au diagnostic, au traitement... Nous pensons bien qu'une des premières choses qu'ils affirmeront est qu'on doit reconnaître et opérer ces tumeurs (les craniopharyngiomes dans le cas particulier) très tôt. Toutes choses égales d'ailleurs, plus la tumeur est petite, plus elle aura de chances d'être enlevée complètement avec le minimum de danger. »

DISCUSSION DU RAPPORT DE NEUROLOGIE

M. le Professeur Barré (de Strasbourg). — J'ai plaisir à m'associer aux éloges que vient d'adresser notre Président au Dr Meignant, qui a très bien réussi un rapport difficile, et nous a présenté un exposé d'ensemble très clair d'une question neuve encore et touffue ; il y a introduit un essai personnel de classification (p. 34 et suivantes), qui s'adapte à mon avis mieux que les précédents aux tumeurs de la région. Il a fait vraiment œuvre utile et je lui adresse mes plus vives félicitations.

1° *Conception du sujet.* — A vrai dire pourtant, j'eusse préféré le voir s'en tenir strictement aux tumeurs qui habitent le 3e ventricule comme les kystes par exemple, ou qui étant nées aux dépens de ses parois sont venues s'y développer, l'envahissant plus ou moins. Le sujet aurait été plus petit, c'est vrai ; privé des tumeurs suprasellaires, craniopharyngiomes et autres, il eut eu moins d'intérêt pratique direct, mais il aurait gagné beaucoup en unité et l'on n'aurait pas vu, étroitement rapprochés, deux groupes de tumeurs, qui pour avoir des points communs, se distinguent bien plus l'un de l'autre qu'ils ne se confondent. Volontiers, j'aurais relégué au diagnostic différentiel la mention réservée aux tumeurs suprasellaires, qui s'imposait d'ailleurs. Jumentié, dans son rapport sur les tumeurs des ventricules latéraux, s'en était tenu aux tumeurs intra-ventriculaires. Lereboullet, dans sa monographie sur les tumeurs du IVe ventricule, a procédé à peu près de même. Le rapprochement de ces 3 beaux travaux de Jumentié, Lereboullet et Meignant eût pu conduire à des idées générales utiles sur les *Tumeurs des cavités ventriculaires.*

2° *Syndrome d'hypertension cranienne.* — En me basant sur un assez grand nombre de cas de tumeurs du cerveau, je suis arrivé à cette idée que le syndrome général d'hypertension, dont les formes partielles sont nombreuses, rend bien plus de services quand on le considère surtout ou aussi comme un *syndrome topographique,* c'est-à-dire pouvant donner par sa constitution même quelques renseignements sur le siège de la tumeur. Il y a de nombreux cas de syndrome d'H.C. avec

forte stase et sans hypertension du liquide céphalo-rachidien et inversement ; il y en a beaucoup où la céphalée, par sa localisation ou ses sièges successifs, peut renseigner sur le siège de la tumeur et le développement du blocage ventriculaire. Bref, et sans vouloir insister aujourd'hui davantage sur cette idée que j'ai déjà indiquée ailleurs et qui ne s'applique pas spécialement aux tumeurs du III[e] ventricule, il m'a semblé utile au moins d'en dire un mot pour provoquer des réflexions et modifier un peu, éventuellement, la conception classique.

3° *Place du syndrome infundibulo-dystrophique.* — S'il est vrai que ce syndrome de Claude et Lhermitte est bien différencié aujourd'hui ; s'il est vrai qu'on le rencontre, très net parfois, dans les affections inflammatoires, ou hémorragiques du plancher ; s'il est vrai que certaines tumeurs naissant dans ce plancher même peuvent y donner lieu au début de leur évolution, la place de ce syndrome dans les tumeurs du III[e] ventricule en général est une place de second plan. Il peut manquer pendant toute l'évolution dans la tumeur de cette cavité, n'apparaître que tout à fait à la fin et partiellement, avec tant d'autres signes qu'on ne sait pas quelle valeur exacte lui donner. Je crois donc qu'il serait davantage dans l'esprit de la clinique des tumeurs du III[e] V. de reléguer à la fin de leur description ce syndrome, qui mérite, par ailleurs, dans les inflammations du plancher, de figurer au premier plan.

4° *Troubles ophtalmologiques.* — Les troubles que j'ai pu observer déjà, sur un nombre pourtant restreint de tumeurs du III[e] ventricule, me paraissent plus variés que ceux consignés par le Rapporteur. Il peut y avoir névrite rétrobulbaire typique, aspect d'un fond d'œil albuminurique typique avec image stellaire.

Le champ visuel peut être rétréci dans son champ nasal et dans son champ temporal, pour un seul œil parfois, et cela d'une manière passagère, etc., etc. Bref, il existe une variété d'états ophtalmologiques très grande dans les tumeurs du III[e] V. et une bizarrerie d'évolution curieuse, qui jusqu'à un certain point pourra constituer dans l'avenir un petit fait de valeur.

5° *Symptômes oculo-moteurs.* — Je crois comme M. Meignant que le syndrome de Parinaud se rencontre dans les tumeurs en question, à l'état plus ou moins fruste en général, et que l'on peut aussi voir les troubles qui rentrent dans le cadre du signe d'Argyl-Robertson, fait sur lequel le P[r] Guil-

lain a justement insisté. Mais on peut trouver aussi, avec une parésie partielle de la 3e paire, des troubles de mouvement de latéralité des yeux, de petits syndromes de Foville et nous en apporterons des exemples.

6° *Troubles vestibulaires.* — M. Meignant a délibérément laissé de côté les troubles vestibulaires dans la description clinique des tumeurs du IIIe ventricule, et il faut convenir que la littérature qu'il a fouillée, avec un soin que nous admirons sincèrement, est à peu près muette à leur sujet. Il s'en faut pourtant qu'ils méritent peu d'intérêt : nous avons noté plusieurs fois depuis le début jusqu'à la fin de l'évolution clinique des tumeurs du IIIe ventricule, le nystagmus, aussi bien le vertical qui, même petit, a beaucoup de valeur, que le nystagmus horizontal, fixe, dans un sens. L'épreuve des bras tendus a quelquefois été très spéciale, puisque nous avons noté dans ces tumeurs l'ascension d'un bras ou des deux bras, sur laquelle nous reviendrons, des vertiges spéciaux, une attitude du corps avec rétropulsion et latéropulsion ressemblant beaucoup à celles qu'on observe dans « l'ataxie frontale », et tout cela, avec des réflexes vestibulaires bulbaires aux différentes épreuves sensiblement normaux et même à seuil bas.

Nous ne faisons que donner ici un très rapide aperçu de ces phénomènes, encore très peu connus, et d'interprétation souvent délicate ; nous désirons seulement appeler sur eux l'attention bienveillante des cliniciens ; nous y reviendrons dans une étude d'ensemble.

7° *De l'utilité d'introduire dans notre séméiologie l'étude des « Complexes » séméiologiques.* — J'aborde maintenant le point que je considère comme le plus important de mon intervention :

On parle toujours dans les livres et les observations cliniques de syndrome pyramidal, syndrome cérébelleux, syndrome vestibulaire, syndrome extrapyramidal, etc., on en donne des descriptions analytiques simples, et l'on pourrait penser que ces syndromes se présentent toujours ainsi dans la pratique et qu'ils gardent leur parfaite netteté même quand ils sont associés les uns aux autres. C'est là une grande erreur, et il importe vraiment qu'à l'heure où nous sommes, enrichis par nos prédécesseurs et surtout par notre maître à tous : Babinski, nous fassions produire le capital qu'ils nous ont laissé. Ils ont séparé des syndromes grâce à leurs vues géniales ; à nous d'en étudier maintenant les modes d'association

et les modes de combinaison. Il y a aussi dans notre séméiologie nerveuse des mélanges et des combinaisons comme en chimie, et si nous ne connaissons pas bien les uns et les autres, (ces combinaisons surtout, qui forment un tout clinique nouveau), nous risquons de continuer à mettre sur là réalité complexe qui se présente à nous des étiquettes simples, classiques, qui seront fausses dans un grand nombre de cas.

Quelques exemples :

Voici, un sujet qui a quelques signes d'irritation pyramidale d'un côté ; du même côté, il est légèrement hypotonique, et fait très correctement les épreuves cérébelleuses, tandis que du côté opposé on trouve une tonicité nettement augmentée par rapport à la normale, des troubles cérébelleux nets, une passivité diminuée.

Dira-t-on, comme on nous l'a appris autrefois : puisqu'il y a trouble pyramidal, les épreuves cérébelleuses perdent leur importance et nous ne devons pas en tenir compte. C'est là une formule qui ne peut être conservée ; nous devons chercher à analyser ces complexes pyramido, cérébello, extra-pyramidal, vestibulaire, etc., ces combinaisons à 2, 3, 4 syndromes.

Voici une malade qui est atteinte de troubles mentaux très accentués ; psychiatre et neurologiste pensent d'accord à un syndrome frontal. Mais ils ne remarquent pas que si la malade laisse échapper ses urines, ce qui pourrait être mis sur le compte d'un trouble mental, elle urine souvent et beaucoup. Elle mange abondamment et grossit rapidement, et ils ne s'en étonnent pas autrement, mettant ces particularités sur le compte du syndrome frontal. La malade meurt : Tumeur du III[e] ventricule !

Je pourrais multiplier ces exemples pour démontrer l'intérêt qu'il y a à soumettre à un nouveau type d'étude les syndromes que nos maîtres nous ont laissés, à apprendre leurs modes d'association et de combinaison.

Dans cette voie, où nous nous sommes déjà engagé depuis quelques années, une règle nous a beaucoup servi, la *règle des concordances,* que l'on retrouve dans les syndromes isolés, et qui a pour contrepartie la *règle des discordances,* celle-ci annonçant presque toujours l'adjonction à l'élément qui a frappé d'abord d'un ou de plusieurs autres éléments.

Mais nous devons nous borner aujourd'hui à cette simple mention sur les « Complexes en Neurologie », qui ne peut

manquer d'éveiller dans l'esprit de ceux qui nous écoutent le souvenir de nombreux cas où ils sentaient bien que ce n'était pas exactement tel ou tel syndrome pur, et qu'il devait y avoir autre chose.

Toute cette dernière partie n'aurait pas dû entrer dans la discussion du rapport, mais l'occasion était belle de lancer une idée et je me suis permis de ne pas la laisser échapper.

M. Georges Petit (de Ville-Evrard). — Si nous nous permettons de prendre part à la discussion du rapport magistral de M. Meignant, c'est d'abord pour le féliciter et le remercier de nous avoir instruit avec autant de clarté et de méthode sur un sujet assez spécial, pour lequel notre expérience propre est très limitée, mais qui ne pouvait manquer de nous intéresser en raison de l'étude des symptômes localisateurs d'irritation de cette région infundibulo-tubérienne, qui reste toujours d'une brûlante actualité aussi bien pour les psychiatres que pour les neurologistes.

Nous voudrions seulement lui poser une simple question : *l'anxiété* figure-t-elle parmi les symptômes des tumeurs du 3e ventricule ? Nous n'avons trouvé l'anxiété signalée, ni dans le rapport, ni dans le chapitre spécial de la remarquable thèse de Baruk, ni dans les observations de tumeurs du 3e ventricule dont nous avons pu prendre lecture.

Notre question est déterminée par deux ordres de faits.

Tout d'abord, il nous a été permis, tout récemment, d'avoir connaissance d'un cas incontestable de tumeur du 3e ventricule, opéré, où le malade présentait des crises de narcolepsie entrecoupées d'une agitation anxieuse tout à fait caractéristique. Et d'autre part, les symptômes et les syndromes de la série infundibulo-tubérienne que l'on peut observer, très fréquemment, au cours des psychoses et des psychopathies — comme je l'exposerai plus longuement dans une communication ultérieure à ce même Congrès — nous ont paru presque toujours, sinon toujours, associés à de l'anxiété.

Ajoutons que si l'atteinte de l'hypothalamus se marque, d'ordinaire, en psychiatrie, par des symptômes et des syndromes légers, frustes, fugaces, inconstants, dissociés (comme il est habituel, d'ailleurs, de l'observer pour les troubles organiques des maladies mentales), il existe cependant des cas où le syndrome est tellement accentué que le diagnostic de tumeur du 3e ventricule a pu être envisagé.

L'observation suivante, très résumée, nous paraît tout à fait caractéristique pour illustrer les difficultés, parfois considérables, du *diagnostic différentiel* entre les tumeurs du 3e ventricule et les *psychopathies* où prédominent les signes de localisation infundibulo-tubérienne.

Une jeune fille, âgée actuellement de 36 ans, sans antécédents dignes d'intérêt, présente, en 1916, une asthénie profonde à laquelle s'associent progressivement des troubles psycho-organiques variés, en particulier des céphalalgies atroces, des crises convulsives atypiques, « hystéroïdes », de la sitiophobie et enfin et surtout une narcolepsie de très longue durée, puisqu'elle s'est prolongée sans interruption de mars 1918 à juin 1920, avec seulement quelques interruptions nocturnes. Ultérieurement, la narcolepsie diminue en durée et en fréquence, mais d'autres troubles psycho-organiques se manifestent, nécessitant l'internement : crises d'anxiété et crises de colère impulsives avec tentatives de suicide ; inertie motrice, avec cataplexie et astasie-abasie, très variable et de type pithiatique ; crises convulsives hystéroïdes, durant lesquelles la malade présente des impulsions conscientes à se frapper la tête contre les murs, et pour lesquelles elle sollicite elle-même des moyens de contrainte ; sentiment presque continue d'irréalité du monde extérieur et de sa propre personnalité, que la malade expose d'ailleurs avec beaucoup de finesse d'analyse ; alternances d'asthénie profonde, avec semi-mutisme, et de jovialité hypomaniaque, etc. En outre, et depuis 1922, se manifestait un besoin obsédant de boire, une soif inextinguible qui poussait la malade à boire intarissablement, jusqu'à 24 litres d'eau par jour, et qui provoquait des crises de colère violentes lorsqu'on voulait empêcher la malade de satisfaire cette véritable passion.

Outre une polyurie, sans glycosurie, de la tachycardie à 130, des céphalalgies fréquentes, des vertiges, des nausées, on ne nota ni hypertension (une seule ponction lombaire put être pratiquée, sans appréciation de la tension au manomètre), ni modifications biologiques du liquide céphalo-rachidien. Pas de troubles oculaires, en particulier pas de stase papillaire. Radiographie du crâne négative (sauf une petite hyperostose du frontal). Pas de ventriculographie.

On conçoit cependant qu'un syndrome de localisation aussi caractérisée et de durée aussi prolongée ait pu faire admettre la possibilité d'une tumeur du 3e ventricule, dont le diagnostic fut envisagé.

Néanmoins, sous l'influence, semble-t-il, d'un traitement prolongé par le salicylate de soude et l'uroformine, la malade s'améliora et put rentrer dans sa famille en 1928. Nous savons que, depuis lors, elle s'est réadaptée progressivement et qu'elle mène actuellement une vie presque normale.

Nous pensons donc qu'il s'agissait, dans notre cas, d'une inflammation chronique de la région hypothalamique dûe, vraisemblablement, à ces infections par ultra-virus neurotropes dont nous connaissons bien maintenant la fréquence en pathologie mentale.

Si les formes frustes de syndromes infundibulo-tubériens ne sont pas rares en psychiatrie, des tableaux cliniques, aussi accusés et aussi prolongés que celui de notre observation, sont évidemment d'observation peu courante. Leur existence montre cependant — et H. Claude l'a bien indiqué, il y a longtemps, pour les hydrocéphalies de ses méningites séreuses, où les troubles mentaux, associés à de tels syndromes, ne sont pas rares — que dans la pratique psychiatrique, des syndromes psycho-organiques complexes peuvent imposer un diagnostic différentiel, parfois très difficile, avec les tumeurs du 3e ventricule.

M. Jabouille (de Rouffach). — *Tumeur du IIIe ventricule et non psychose essentielle.* — Généralement les tumeurs du 3e ventricule ne sont pas une cause d'internement. Elles sont en tout cas, diagnostiquées longtemps avant l'arrivée de la malade à l'asile ; on a déjà constaté tous les symptômes classiques de ces tumeurs, symptômes que l'on a pu rechercher et étudier à loisir.

J'ai observé, il y a quelques années, un cas beaucoup plus intéressant et je vous le signale parce que la tumeur est restée complètement méconnue jusqu'à l'autopsie de la malade et que les troubles mentaux, seuls symptômes observés, ont été attribués jusque-là à une psychose essentielle :

Voici cette observation :

Mlle S... Marie, âgée de 43 ans, entre à l'asile le 25 septembre 1925. Le certificat du médecin porte qu'elle est malade depuis environ 2 ans ; elle est extrêmement érotique et mystique, elle s'entoure le corps de plusieurs rosaires, confond les personnes de son entourage, refuse de se lever depuis des mois, mais le fait parfois spontanément pour vider les tiroirs de ses voisins. Elle parle pendant la nuit et profère des menaces continuelles. L'examen physique à l'entrée est totalement négatif, sauf un mauvais état digestif révélé par une langue très saburrale. Les réflexes tendineux sont normaux. Les pupilles sont égales et réagissent bien. Les poumons et le cœur ne présentent aucune anomalie.

La malade est bien orientée et très loquace. Elle se dit bien portante et ne comprend pas pourquoi on l'a amenée. Elle a des hallucinations auditives : elle entend quelqu'un qui parle au-dessus d'elle.

Le diagnostic est ainsi conçu : « Débilité mentale avec idées délirantes mystiques et érotiques, excitation intellectuelle avec loquacité, hallucinations de l'ouïe et illusions de fausse reconnaissance ».

L'état reste stationnaire près de 7 ans. La malade est agitée, criarde, hallucinée, reste confinée au lit sans rien faire et vers la fin se montre par moment incohérente. Elle profère des injures et des menaces contre tout le monde.

Le 23 mars 1932, elle reçoit d'une autre malade quelques gifles qui lui font des ecchymoses sur la figure.

Le 29 mars, soit 6 jours après, elle perd connaissance et présente deux crises épileptiformes dans la journée. Elle s'affaiblit pendant quelques jours, et le 7 avril elle entre dans le coma où elle reste 48 heures et décède le 9 avril à 10 h. 30.

A l'autopsie, on découvre un gros kyste au niveau de la paroi antérieure du 3e ventricule, de la grosseur d'un petit œuf de poule. Le 3e ventricule, les ventricules latéraux et l'aqueduc de Sylvius sont élargis, distendus et contiennent une grande quantité de liquide parfaitement limpide. Les méninges sont intactes.

On trouve un peu de congestion au deux bases pulmonaires, un peu de liquide dans la plèvre droite et le foie est un peu gros. Tout le reste est normal.

Cette observation tire son intérêt du fait que la tumeur pourtant de forte taille et qui évoluait sans doute depuis près de 9 ans est restée totalement méconnue, les signes en étant réduits au minimum et masqués par les troubles mentaux.

La malade ne présentait pas de confusion mentale à l'entrée ; ses illusions de fausse reconnaissance pouvaient relever de troubles oculaires. C'est d'autant plus vraisemblable que la sœur du service a dit après coup que la malade semblait ne pas voir très bien.

Son refus de se lever relevait sans doute de l'apathie et de l'asthénie signalées dans des cas analogues.

Enfin la débilité mentale était probablement un affaiblissement intellectuel acquis.

C'est en tout cas une observation qui démontre une fois de plus que la plupart des psychoses qualifiées d' « essentielles »

présentent des causes organiques souvent difficiles, sinon impossibles à découvrir, mais qui n'en existent pas moins, puisque la malade est morte. Mais peut-être, selon l'observation ironique et spirituelle de mon maître et ami Clovis Vincent, est-elle morte « essentiellement » !...

J'ai cru devoir verser ce document à vos débats en vous informant que la pièce a été conservée à l'Asile de Rouffach à la disposition de ceux qu'elle pourrait intéresser.

M. Bériel (de Lyon) insiste sur le caractère un peu arbitraire du groupe « tumeurs du 3e ventricule », groupe cependant indispensable pour l'étude et qui doit nous permettre de faire un diagnostic topographique en attendant que nous ayons encore fait des progrès cliniques et que nous puissions distinguer les néoplasmes suivant le point dont ils émanent autour du ventricule. Ce que nous devons tâcher de faire pour le moment au point de vue diagnostic, c'est en effet de reconnaître si le 3e ventricule est bloqué.

Réponse du rapporteur

M. P. Meignant (de Nancy). — Je remercie bien sincèrement les précédents orateurs des éloges qu'ils ont bien voulu me faire.

M. Jabouille nous a rapporté une très intéressante observation de tumeur du 3e ventricule, méconnue pendant la vie en tant que telle, mais qui avait donné lieu à une symptomatologie psychique importante, une symptomatologie démentielle. Cette belle observation se rapproche, dans une certaine mesure, d'une des observations que nous a résumées M. le Professeur Barré. De ces observations de tumeurs à forme psychique, démentielle, je crois que nous devons retenir surtout ceci : faire, à propos d'un malade, le diagnostic d'état démentiel ne suffit pas ; il faut remonter à l'étiologie, et pour cela mettre en œuvre tous les moyens que nous pouvons avoir à notre disposition : cliniques, radiologiques et ventriculographiques, biologiques. La chose est, je le sais, très difficile dans beaucoup de milieux, voire d'asiles où l'outillage est insuffisant, malheureusement.

M. Petit a posé la question de l'existence, ou de la fréquence des états anxieux au cours des tumeurs du 3e ventricule. En

réalité on peut, je crois, à ce point de vue, distinguer deux groupes de faits : tantôt l'anxiété apparaîtrait pour ainsi dire couplée avec les crises narcoleptiques: soit au début de la crise de sommeil, soit à la fin, l'anxiété, sous forme de sensation de mort imminente, peut apparaître ; le fait est noté dans les études sur la léthargie et l'hypersomnie ; mais, en parcourant la littérature, je n'ai pu découvrir si ces faits avaient trait à des hypersomnies symptomatiques de tumeur ou à des hypersomnies d'autre origine : la question reste donc pour moi en suspens. En revanche, de nombreuses observations montrent que l'anxiété peut être un symptôme dominant au cours de ces états dépressifs, pseudo-neurasthéniques ou asthéniques qui, parfois, s'observent cliniquement isolés au début de l'histoire des tumeurs cérébrales en général. Il semble que ces cas soient surtout fréquents au début de l'histoire clinique des tumeurs temporales ou pariétales, et c'était, si je ne me trompe, un des points sur lesquels Baruk insistait dans sa thèse sur *Les Troubles mentaux dans les Tumeurs Cérébrales.* Mais Baruk lui-même cite le cas d'une malade qui, ultérieurement, s'est révélée porteuse d'une tumeur de la base, et dont les troubles initiaux furent des troubles anxieux importants et quasi exclusifs. On peut donc dire que l'anxiété, dans certaines conditions, doit faire penser à la possibilité d'une tumeur cérébrale, notamment d'une tumeur de la base ; l'examen clinique complet, l'évolution feront alors remonter à la notion étiologique.

M. le Professeur Barré a apporté des critiques d'ordre général et des critiques de détail.

Au point de vue général, il est d'avis que mon étude a été comprise de façon trop générale, trop extensive, et qu'il y aurait eu avantage à limiter l'étude des tumeurs du 3ᵉ ventricule à l'étude des tumeurs proprement intraventriculaires. Je me suis longuement posé à moi-même la question. Si j'ai finalement opté pour la compréhension extensive du sujet, c'est pour un certain nombre de raisons convergentes. D'une part, lorsqu'on étudie d'ensemble les tumeurs du 4ᵉ ventricule, on décrit, à juste raison, comme telles, des tumeurs qui sont en réalité des tumeurs du vermis cérébelleux et qui ne font que comprimer ou refouler le 4ᵉ ventricule, le toit de ce ventricule; par analogie, il est peut-être juste de faire entrer dans la description d'ensemble des tumeurs du 3ᵉ ventricule des tumeurs extraventriculaires, qui refoulent et altèrent les parois, par exemple le plancher du 3ᵉ ventricule. D'autre part, au point de

vue clinique, il y a de grandes analogies entre certaines tumeurs proprement ventriculaires, nées du plancher ou d'une façon générale des parois du 3e ventricule, et certaines tumeurs qui sont bien, originellement et anatomiquement, extraventriculaires. Or, tout mon effort a voulu être pratique, symptomatique. Je suis parti de la symptomatologie générale, avec l'intention de chercher, au diagnostic différentiel et de nature, ce qui, dans la symptomatologie générale, pouvait permettre, secondairement et par une plus ample étude du cas, de conclure à l'origine vraiment intra- ou extraventriculaire, donc à la non-opérabilité ou à l'opérabilité.

Ceci dit, il est bien certain que ce qu'il y a actuellement de plus neuf, de plus intéressant, c'est la symptomatologie des tumeurs à développement intraventriculaire. Le syndrome hypertensif y a des qualités particulières, mais il semble que ce soit moins par le groupement de ses éléments, par son allure clinique à un moment donné, que par son évolution, essentiellement intermittente et à éclipses, tantôt très intense, très marquée, tantôt nulle.

Le syndrome infundibulo-dystrophique ne mérite peut-être pas en effet la première place dans la symptomatologie des tumeurs intraventriculaires, tout au moins il ne domine pas toujours la situation. Mais, dans un rapport d'ensemble, force est, dans une certaine mesure, d'être didactique et schématique ; il faut bien, pour être clair, adopter, dans la description ou l'énumération des symptômes, un certain ordre. Je me suis rallié à l'ordre classique.

D'ailleurs, ce qu'on rencontre au cours des tumeurs du 3e ventricule, au moment des poussées, ce n'est pas tel ou tel syndrome (cérébelleux, pyramidal...) complet, marqué, tel que pourrait le faire croire l'énumération systématique des symptômes ; ce qu'on rencontre en réalité, comme le fait si justement remarquer M. Barré, c'est, à un moment donné, une combinaison, une association d'un certain nombre de signes, souvent frustes, d'une série (pyramidale par exemple) et de signes d'une autre série. Puis ces signes, la poussée finie, disparaissent plus ou moins complètement, pour reparaître plus tard, mais souvent, quelquefois tout au moins, autrement groupés. Ce sont ces associations, souvent éphémères, de symptômes que M. Barré appelle des *complexes*. C'est avec raison qu'il insiste sur l'importance de ces complexes, car dans un type donné de tumeur, ces complexes ne sont certai-

nement pas liés au hasard ; pour une tumeur d'un type anatomique et topographique donné, ils doivent se retrouver. Leur connaissance nous rendra donc plus facile et plus précoce le diagnostic toujours difficile des tumeurs de la région. Beaucoup des éléments de ces « complexes » nous échappent encore. Mais les troubles de la motricité oculaire (syndrome de Foville ébauché, fruste ; troubles vestibulaires de type spécial ; nystagmus avec caractères particuliers...) sont parmi ces éléments des symptômes à retenir ; les faits que nous apportent M. Barré deviendront classiques ; d'autres faits s'ajouteront à ceux-là, et peu à peu nos connaissances ainsi se préciseront et se compléteront, permettant un diagnostic toujours plus précoce.

Je tiens à remercier tout particulièrement en terminant M. le Docteur Bériel, à remercier aussi l'assistance de son attention trop bienveillante.

TROISIÈME RAPPORT

RAPPORT D'ASSISTANCE

ET

DISCUSSION

CLASSIFICATION ET STATISTIQUES DES MALADIES MENTALES

AVANT-PROPOS

La question de la classification et des statistiques des maladies mentales a fait non seulement l'objet de nombreux et importants travaux (nous rappellerons plus loin les principaux), mais encore elle a déjà été souvent mise à l'ordre du jour des sociétés de psychiatrie françaises et étrangères, et discutée dans quelques congrès nationaux et internationaux. Nous les citerons brièvement par ordre chronologique :

Au Congrès International de Statistique de 1855, Parchappe a présenté sa classification des maladies mentales adoptée officiellement en France jusqu'en 1859.

Sur la proposition de Lunier, le Congrès Aliéniste International de Paris (1867) nomma une commission internationale qui élabora une classification présentée en 1869 par Lunier, son président, dans un rapport intitulé « projet de statistique applicable à l'étude des maladies mentales ». Cette classification simplifiée fut adoptée officiellement par les Services de la Statistique Générale de la France de 1872 à 1915.

Au Congrès International d'Anvers (1885), le Pr Lefebvre (de Louvain), présenta un rapport sur « la recherche des bases d'une bonne statistique internationale des aliénés » et la Société de Médecine Mentale Belge fut chargée de centraliser les classifications proposées par les diverses nations et d'en tirer un projet de classification internationale pour le Congrès de Paris en 1889 (1).

La Société Médico-Psychologique nomma une commission composée de Magnan, Christian et Paul Garnier ; ce dernier

(1) En 1885, Christian rendant compte du Congrès d'Anvers, dans une chronique, regrette que les Congrès de 1867 et de 1878 aient seulement essayé d'arriver à une solution pratique.

lut à la Société, en 1888, un rapport très documenté, où il proposait la classification récente de Magnan. Après une longue discussion aucune classification ne fut adoptée.

Malgré l'absence d'une classification française, en 1889, au Congrès International de Paris, Jules Morel (de Gand) présenta au nom de la Société de Médecine Mentale de Belgique un tableau de onze formes morbides, établi d'après les classifications envoyées par dix nations.

Puis la question des classifications (toujours étudiée dans les traités classiques) paraît abandonnée dans les travaux des Congrès ou Sociétés psychiatriques. Nous devons cependant signaler qu'en 1898, Toulouse, commentant les statistiques établies en Angleterre et en Ecosse, demandait, dans un rapport, une entente internationale ; et qu'en 1909, au Congrès de Budapest, trois classifications furent présentées, celles de Gilbert-Ballet et Maillard, de Kéraval et de Bresler.

Depuis quelques années, cette importante question préoccupe de nouveau les psychiatres.

En France, dans le rapport de l'Inspection Générale de 1923, le Dr Raynier affirme qu' « il y a un intérêt primordial à n'étudier que des documents établis d'une façon uniforme » et estime que dans les statistiques officielles « l'ordre nosologique adopté aurait pu se rapprocher davantage des classifications courantes admises par la majorité des médecins ». Dans leur excellent livre « L'Aliéné et les Asiles d'aliénés », l'Inspecteur Général Raynier et le Dr Beaudoin insistent sur ce fait : « Cette rubrique (le classement par nature de folie) ne peut être qu'imprécise étant donné les difficultés et les variations *personnelles* des classifications. »

En 1930, à la suite d'un article de Frantz Adam, « Méthodologie et psychiatrie », où l'auteur critiquant la classification officielle « trop simpliste », demandait « une classification médico-administrative meilleure », l'Association Amicale des Médecins des Asiles mit à l'ordre du jour d'une Assemblée Générale « l'unification des comptes moraux et des statistiques médicales », et les rapporteurs Adam et P. Schutzenberger, proposèrent une nouvelle classification, énumération d'entités nosologiques.

En Italie, en 1927, au XVIIe Congrès de la Société Phréniatrique, le Pr Gustavo Modena (d'Ancône) proposa une nouvelle classification qui, adoptée par le Congrès, devint la classification officielle italienne actuelle.

En Amérique, l'American Psychiatric Association vient de modifier, le 27 décembre 1933, la classification « standard » pourtant récente (1931) qui est imposée aux institutions pour le traitement des maladies mentales des Etats-Unis et du Canada.

A la réunion européenne de Prophylaxie et d'Hygiène mentales, tenue à Paris, en mai 1932, H. Bersot (de Neuchâtel, Suisse) qui poursuit, avec ténacité, depuis plusieurs années, la réalisation d'une statistique internationale des aliénés, a présenté un intéressant projet de classification ; après la discussion qui suivit son rapport et à laquelle prirent part Courtois, Toulouse, Ley, Tumiati, Sommer, Weygandt et Repond, il est apparu qu'une classification internationale devait être assez simple pour être acceptée par tous les pays, qui pourraient d'ailleurs conserver leurs statistiques particulières.

En présence, d'une part, des variations individuelles des classifications adoptées en France qui ne permettent pas d'établir de statistiques exactes, et d'autre part, de l'utilité d'une statistique internationale, il est opportun d'établir une nouvelle classification nationale officielle. C'est pourquoi, sur le conseil des quelques psychiatres, nous avons proposé, l'an dernier au Conseil d'Administration du Congrès, ce rapport rédigé dans le but pratique de proposer le remplacement de la classification officielle française par un nouveau classement, qui permette à la fois une statistique nationale plus précise, et éventuellement, une statistique internationale comme celle qu'en principe, H. Bersot doit proposer au Congrès International d'Hygiène mentale de 1936.

Comme nous l'écrivait récemment le P[r] Combemale : en matière de classification des maladies mentales, on peut envisager deux points de vue : l'un de psychiatrie pure, et la classification doit être détaillée et étiologique ; l'autre, administratif, et elle doit être simple.

Nous tenons à affirmer, dès le début de ce rapport, que nous adoptons ce deuxième point de vue. Nous tenant résolument à l'écart de toute théorie dogmatique, évitant toute discussion scolastique, n'envisageant aucun but didactique, ce qui nous entraînerait dans de longues discussions peut-être sans conclusions et ferait échouer notre effort, nous nous sommes placés à un point de vue restreint et essentiellement pratique, médico-administratif. Notre dessein, comparable à

celui de Lunier (1867), de Lefebvre (1885), de Magnan, Christian et Paul Garnier (1888), de Jules Morel (1889), mais beaucoup plus modeste, est de proposer au Congrès, *en l'état actuel de nos connaissances,* une classification évidemment imparfaite, provisoire, classification d'attente et de conciliation, limitée *aux maladies mentales traitées dans les asiles et les maisons de santé d'aliénés,* qui permette d'établir des statistiques nationales moins inexactes et plus faciles, et qui puisse éventuellement s'adapter à une classification internationale.

Avant d'indiquer les principes et de tracer les grandes lignes d'une statistique nationale des aliénés, avant même de proposer une classification uniforme qui puisse lui servir de base, il est nécessaire de nous efforcer de choisir et de préciser la terminologie. D'où la division de ce rapport en trois chapitres : Nomenclature, classification, statistique.

I. NOMENCLATURE DES MALADIES MENTALES

« Ainsi, les fautes inévitables, qu'entraîne dans la classification « le sens incomplet et vague des mots, font bientôt sentir la « nécessité de ramener les idées générales à leurs éléments, « c'est-à-dire aux objets ou aux faits individuels dont elles ont été « tirées... Il serait utile d'expliquer ce qu'on doit entendre par « un mot précis. Pour être tel, il suffit que ce mot désigne claire- « ment un objet déterminé, et qu'il ne puisse en aucune manière « réveiller l'idée d'un objet différent. »

(P.-J.-G. Cabanis, *Coup d'œil sur les révolutions et les réformes de la médecine,* Paris, Crapelet, An XII).

« Une classification ne peut être une œuvre individuelle, il est « essentiel de s'entendre sur la signification des mots, sur les « éléments d'une classification rationnelle. »

(Renaudin, *A.M.P.,* 1856, p. 339).

Nous avons placé ces citations en épigraphe, pour montrer dans quel esprit nous avons rédigé ce chapitre.

La nomenclature est, non seulement la collection méthodique des mots en usage dans une science, mais encore l'art d'attribuer des noms aux objets dans cette science.

Le point de vue où nous nous plaçons pour proposer une nomenclature psychiatrique restreinte qui donne les éléments de notre classification a été défini par de nombreux auteurs : « Il serait souhaitable d'employer en psychiatrie une terminologie précise », disait récemment Guiraud ; il serait désirable que la même nomenclature soit adoptée par le plus grand nombre d'asiles possibles, nous a écrit le Pr Preisig (Lausanne). Dans « la psychologie des névroses », O.-L. Forel regrette « l'absence d'unité terminologique ». Féré a comparé les aliénistes, à la recherche d'une classification, aux ouvriers de la Tour de Babel ; ce n'est pas seulement aux psychiatres que l'on peut appliquer cette boutade ; en pathologie interne, la terminologie manque aussi de précision et Goblot (dans son « Essai sur la Classification des Sciences ») a écrit : « Pneumonie, fièvre typhoïde, fièvre paludéenne désignent des genres mal définis comprenant de nombreuses variétés plus ou moins continues entre elles. »

Pour Guislain, en 1852, ce qui importe le plus, c'est « l'emploi des dénominations simples usitées depuis plusieurs années... et d'établir la valeur des termes employés. » Il est vrai, d'ailleurs, que Guislain abusa, ensuite, de néologismes.

Notre intention, dans ce chapitre, n'est pas de créer des mots nouveaux. Au contraire, la terminologie psychiatrique n'est que trop riche et nous partageons sans réserve l'opinion de Foville fils, écrivant en 1872 : « Mieux vaut encore se servir des mots qui ont cours aujourd'hui, à condition de bien indiquer dans quelle acception on les emploie et de préciser les limites qu'on entend assigner à leur usage. »

La terminologie psychiatrique s'est formée par l'usage (Bériel). Il faut respecter les termes qui ont des droits historiques (Sollier et Courbon) et tout changement ne signifie pas progrès. Bien au contraire, l'abus des termes nouveaux ne masque même pas notre ignorance, et dans sa préface aux « Syndromes mentaux » du Pr Porot, le Pr Henri Claude a observé très justement que, « dans l'étude de la psychiatrie, beaucoup de médecins ont été arrêtés par une terminologie sans cesse renouvelée ».

Par ces nombreuses citations, nous ne faisons évidemment pas œuvre originale, mais utilisant sans hésitation le riche

héritage que nous ont laissé nos illustres devanciers et la pensée de nos éminents contemporains, nous voulons montrer que depuis de longues années, non seulement il est nécessaire de tenter de définir les termes employés en psychiatrie et d'éviter ceux qui prêtent à l'équivoque, mais encore il est inutile de créer des mots nouveaux qui ne peuvent qu'augmenter la confusion.

Pour établir une classification des maladies mentales simple et pratique, il faut en restreindre autant que possible les cadres, où ne seraient admises que des entités nosologiques définies (dans la mesure où nos connaissances le permettent).

Ce rapport ne pouvant dépasser les limites fixées par le règlement du Congrès, nous ne pouvons passer en revue les innombrables termes utilisés dans l'abondant langage psychiatrique. Tant dans les traités classiques parus depuis 1900, que dans les classifications utilisées dans l'enseignement, nous avons noté les termes les plus fréquemment employés ; nous donnerons les raisons pour lesquelles nous avons écartés certains d'entre eux de notre nomenclature, puis les raisons pour lesquelles nous avons adopté les autres.

Termes usuels écartés de cette nomenclature

Les Syndromes. — Nous ne sommes pas partisans de diviser les maladies mentales en syndromes dans une classification telle que nous l'avons définie.

D'après la définition usuelle, un syndrome est un ensemble de symptômes qui se reproduisent en même temps dans un certain nombre de maladies.

Dans l'introduction des « Syndromes Mentaux » le P[r] Porot a reproduit la définition de Dupré : « Un syndrome est un groupement nosographique, fondé sur la coexistence habituelle et la subordination logique des symptômes ; c'est un tout, une unité clinique dont les éléments sont rapprochés entre eux par des liens d'affinité naturelle... S'attacher à la description des syndromes mentaux..., c'est aussi résister à la tentation plus ambitieuse et toujours stérile, surtout en psychiatrie, de créer des entités morbides. » Malgré cette définition qui précise le domaine du syndrome, il faut craindre que l'on ne continue à lui donner un sens plus étendu, qui dépasse de beaucoup le cadre d'une entité nosologique, parce qu'il y a dans un seul syndrome des caractères

communs à plusieurs maladies. Le syndrome est un composé trop vaste, trop élastique, non limité, dont il faut craindre le démembrement dans l'avenir. Plusieurs maladies, nettement définies, peuvent appartenir à un même syndrome. Par exemple, dans le *Traité de pathologie médicale* (Sergent, Ribadeau-Dumas, Babonneix), Mignard sépare la confusion mentale proprement dite du syndrome confusionnel qui est pour lui « un vaste champ symptomatique qui englobe, en dehors de la confusion mentale proprement dite, les états confusionnels des grandes intoxications exogènes et des toxi-infections aiguës ». De même, le Pr Abadie, dans sa classification, distingue dans un même groupe le syndrome confusionnel et la confusion mentale. Ils ont raison : on ne peut pas englober dans un même syndrome confusionnel, des états morbides aussi différents. Dans une classification logique, ces états appartiennent à des entités morbides distinctes que l'on peut facilement définir. Leur pathogénie et leur évolution ne sont aucunement comparables. Nous ne voyons donc pas la raison d'être du syndrome confusionnel, si l'on est obligé d'en distraire la confusion mentale.

Les syndromes n'étant composés que de symptômes, il faut craindre une équivoque entre syndromes et symptômes ; une nomenclature basée sur des syndromes serait purement symptomatologique.

Dans sa classification, le Pr Hesnard écrit : « syndromes ou symptômes apparents » et déjà Cotard, en 1874, écrivait que « ces ensembles symptomatiques constituent *différentes* espèces nosologiques ; ce sont des syndromes psychopathiques ».

A la boutade, citée plus haut, Féré ajoutait : « l'étude des syndromes manie, mélancolie, stupeur s'applique à des états qui sont en réalité distincts ». Dans leur manuel, Dide et Guiraud décrivent des syndromes mentaux, mais ils affirment avec raison que « la psychose maniaque dépressive et la démence précoce ne sont pas de simples syndromes cliniques », et ils recommandent au chapitre du diagnostic « d'éviter de faire un simple diagnostic de symptôme ou de syndrome qui peut se rencontrer dans des affections différentes comme évolution et comme pronostic ». Pour Roubinovitch, un diagnostic de syndrome est un diagnostic incomplet.

O.-L. Forel, dans son excellent chapitre : Classification de la « psychologie des névroses », critique le principe de classification par syndromes ; « cette classification cherche à

grouper des symptômes plus ou moins pathognomoniques des divers aspects de l'aliénation mentale... en syndromes qui à leur tour sont baptisés pour figurer comme entités cliniques. Malgré l'effort considérable, les résultats n'ont pas correspondu à l'attente. Nous n'en sommes toutefois plus à l'époque de Pinel... La symptomatologie, qui est en somme la méthode descriptive pure, garde toute sa valeur clinique et didactique pour apprendre à observer, discerner et grouper ».

En groupant des symptômes communs en syndromes, on ne tient pas compte de la pathogénie, de l'anatomie, et surtout de l'évolution des maladies. Du point de vue classification, ce serait un retour en arrière (nous sommes très heureux de nous rencontrer ici avec O.-L. Forel), un retour à la symptomatologie de Pinel, d'Esquirol, de Baillarger où le terme manie englobait tous les états d'excitation qui pouvaient se rencontrer aussi bien dans les démences, les confusions, l'épilepsie, les intoxications, etc... que dans la manie proprement dite, entité nosologique réelle qui, malgré son étiologie encore hypothétique, n'en est pas moins par son évolution et ses caractères cliniques particuliers une entité morbide distincte. Si Morel (1860) a supprimé la manie de sa classification, c'est qu'à cette époque la manie avait un sens aussi large que l'ont aujourd'hui les syndromes maniaques.

On a abusé du syndrome non seulement en psychiatrie, mais en pathologie. Dire, par exemple, qu'un malade présente un syndrome hépato-entéro-rénal, ce n'est pas un diagnostic et cela nous rappelle la nomenclature de Berthier (1873) basée sur « l'analyse clinique » où l'on pouvait, parmi les « délires vésaniformes », lire des termes comme « la folie épileptique — goutteuse — dartreuse — alcoolique ».

Nous avons noté que dans leurs classifications didactiques, les Professeurs Divry, Georges Dumas, Ladame, Lépine, Lévy-Valensi, Ley, de Moura, Nayrac, Preisig, Raviart n'emploient pas le terme de syndrome. De même, Gilbert-Ballet (sauf au chapitre manie et mélancolie écrit par Anglade) ; Barbé, Bériel, Chaslin (qui utilise le terme syndrome comme un accessoire à un diagnostic, par exemple : idiotie avec ou sans syndrome moteur), Georges Dumas, Laignel-Lavastine, Barbé et Delmas, les auteurs des deux volumes psychiatrie du *Traité de pathologie* de Sergent, etc..., Pierre Kahn, Neuberger, Régis, Rémond, Rogues de Fursac, dans leurs traités.

Les classifications officielles américaine du Nord, italienne,

suisse n'emploient pas non plus le syndrome dans leur nomenclature (1).

Codet et Rouquier, dans leurs manuels, Hamel, dans le programme de son cours, emploient le terme d'états qui est à peu près le synonyme de syndromes et n'est donc pas plus précis. Nous devons cependant reconnaître que, dans un but didactique, il est logique de présenter les symptômes groupés par états (maniaques, mélancoliques, etc.).

Lévy-Valensi, dans son traité, décrit les syndromes, mais sa classification ne comporte que des maladies.

Nous signalerons enfin que H. Baruk (Maison de Santé Nationale) a adopté dans son rapport annuel une double classification fort ingénieuse où il classe d'abord les maladies par syndromes mentaux, puis suivant leurs causes, réalisant ainsi deux classifications : l'une par syndromes et ce qui montre bien qu'elle ne suffit pas, l'autre étiologique.

Il est indiscutable que la division des maladies mentales par syndromes, commode dans l'enseignement théorique et clinique, est utile dans un but didactique. Mais dans une classification établie pour des fins statistiques, on ne peut diviser les maladies mentales en syndromes qui engloberaient dans un même cadre des affections ayant quelques symptômes communs, mais une étiologie, une pathogénie, des lésions et une évolution absolument distinctes.

Nous verrons d'ailleurs plus loin qu'une bonne classification ne peut être purement symptomatique, ce qui serait le cas d'une classification par syndromes.

Dégénérescence mentale. — Dès 1895, Séglas affirmait que « la notion de dégénérescence avait été appliquée d'une façon excessive à la clinique ». En 1896, Roubinovitch, dans un ouvrage sur « Les variétés cliniques de la folie en France et en Allemagne », estimait que la dégénérescence était une notion pathogénique trop vaste et, par cela même, peu précise ; en 1909, Kéraval demandait s'il fallait maintenir la dégénérescence mentale, et en 1913, Génil-Perrin, dans son importante thèse, inspirée par Gilbert-Ballet, et intitulée : « Histoire de l'origine et de l'évolution de l'idée de dégéné-

---

(1) Au moment de la correction des épreuves, nous recevons la classification des Drs Gonzalo Bosch et Lanfranco Ciampi, approuvée par la 2e Conférence Latine Américaine de neurologie, psychiatrie et médecine légale (Rio-de-Janeiro, 1930). Les maladies mentales y sont divisées en syndromes.

rescence » concluait que cette doctrine n'avait pas résisté à l'épreuve du temps, qu'il ne voyait pas d'avantages à conserver ce terme dans le langage psychiatrique courant et qu'il était temps que la dégénérescence rentrât dans le domaine de l'histoire rétrospective.

En 1921, dans le *Traité de pathologie médicale* de Sergent, Barbé donne une nouvelle mise au point très complète de cette vieille question, et, après avoir cité la théorie de Magnan et Legrain, les travaux de Vallon (1894), de Séglas (1895), de Arnaud (1903), de Génil-Perrin (1913), de Régis (1914), de Rogues de Fursac (1917), il conclut que, même si l'on admettait l'expression de dégénérescence, il serait difficile aujourd'hui d'en tracer les limites et de faire une description de celles-ci.

Récemment (1932), René Charpentier, résumant l'historique des classifications en psychiatrie et la théorie de la dégénérescence mentale, a estimé que Séglas reproche avec raison à cette doctrine d'avoir été *un caput mortuum.*

Nous nous sommes étendu sur les raisons qui nous font écarter les mots de dégénérescence mentale, non par crainte d'une discussion à ce sujet, mais parce qu'en 1934, dans la classification officielle utilisée par les Services de la Statistique Générale de France figure encore la folie des dégénérés.

Névroses. — Hystérie, neurasthénie, psychasthénie. Nous ne ferons pas rentrer dans cette nomenclature ces psychopathies qui sont des cas limites à la psychiatrie. Nous n'avons jamais observé, depuis 20 ans, un cas d'hystérie dans un service d'aliénés d'asile public. Cette affection tient d'ailleurs de moins en moins de place dans les traités. Rogues de Fursac n'y consacre que six pages de son volumineux manuel et nous partageons l'opinion si nette de Bernheim : « L'entité morbide décrite sous le nom d'hystérie n'existe pas. Les symptômes psychiques — s'ils existent — sont dus aux maladies psychiques sur lesquelles la crise nerveuse se greffe à titre d'épiphénomène. » Pour Sollier, « l'hystérie n'est pas une entité morbide ».

Lévy-Valensi ne croit pas à la psychasthénie, entité morbide, et elle se confond pour lui avec la constitution anxieuse ou avec la mélancolie.

Psychasthénie, neurasthénie sont souvent, à notre avis, des euphémismes qui s'appliquent à des états dépressifs parfois

mélancoliques obsédants, avec plus ou moins d'anxiété, de préoccupations hypocondriaques, non délirants. Ils n'ont pas leur place dans une classification ne comprenant que les maladies mentales traitées dans les asiles et maisons de santé d'aliénés. On peut cependant rencontrer de ces psychopathes appelés par ailleurs « petits mentaux » dans des services ouverts, encore peu nombreux et annexés à des asiles. Il est facile, dans ce cas, d'en faire une classification à part ou plus simplement d'ajouter une colonne à celles que nous proposerons.

Termes usuels adoptés dans cette nomenclature

Pour restreindre autant que possible les cadres de notre classification en évitant les entités nosologiques artificielles, nous ne comprenons dans notre nomenclature que les entités nosologiques principales, et nous nous bornons à énumérer leurs nombreuses variétés cliniques qui seront sous-entendues dans la classification.

Arrêts de développement des facultés intellectuelles (agénésies, oligophrénies). — On y distingue trois affections dont le degré de gravité dépend à la fois de causes nombreuses et variables, et surtout de l'âge où l'enfant a été atteint. L'arrêt ou l'insuffisance de développement des facultés intellectuelles varie dans son étendue, de l'idiotie à la débilité mentale en passant par l'imbécillité, termes qu'il faut définir.

D'après Barbé, ces trois états, congénitaux ou acquis au cours du développement, ont été l'objet de nombreuses classifications cliniques (Esquirol, Belhomme et Seguin, F. Voisin, J. Voisin et Dagonet) anatomopathologiques (Magnan, Schüle, Morselli).

Pour délimiter le domaine de ces anomalies constitutionnelles, nous avons adopté le tableau de Binet et Simon, où le développement intellectuel d'un idiot est comparé à celui d'un enfant normal de 0 à 2 ans, le développement intellectuel d'un imbécile à celui d'un enfant normal de 2 à 7 ans, enfin celui d'un débile à celui d'un enfant normal de 7 à 12 ans.

L'absence de sens moral est non seulement due à une insuffisance de développement des facultés morales, mais encore à l'insuffisance de développement d'au moins une des facultés intellectuelles (le jugement). C'est pourquoi nous faisons rentrer dans la catégorie de la débilité mentale à la fois la débi-

lité intellectuelle (arriérés) et la débilité morale (déséquilibrés, pervers instinctifs, fous moraux, etc...).

Psychoses périodiques — manie, mélancolie (psychoses affectives, psychoses maniaco-dépressive). La plupart des auteurs classiques ont admis actuellement la synthèse de Kræpelin, si commode pour une classification et qui se défend par le fait que les maladies qui la composent ont comme caractères communs et essentiels d'être souvent curables, de récidiver, d'alterner et dans leur étiologie complexe et obscure, on décèle toujours une constitution pathologique et souvent l'hérédité. Les termes manie et mélancolie caractérisent deux entités nosologiques cliniquement distinctes qui comportent de nombreux aspects cliniques (manie aiguë, hypomanie, manie furieuse, manie délirante, etc..., — mélancolie aiguë, mélancolie délirante, hypochondriaque, avec stupeur, avec anxiété, etc...), des états mixtes encore discutés comme la manie coléreuse, et des formes par accès qui récidivent ou alternent (manie ou mélancolie cyclique, rémittente, intermittente, folie circulaire, folie alterne, folie à double forme, etc...).

Nous ne classons pas dans cette catégorie la manie et la mélancolie d'involution présénile.

Délires systématisés chroniques ou progressifs (paranoïa, délires partiels, monomanies, folies systématisées). — On groupe sous ce nom plusieurs espèces psychopathiques dont les caractères communs sont un système plus ou moins cohérent de conceptions délirantes diverses, et la conservation de la lucidité, de la mémoire, de l'activité intellectuelle, mises au service des conceptions délirantes (Sérieux et Capgras). Ils évoluent habituellement vers la chronicité, et même vers un affaiblissement psychique. Ils comprennent les délires d'interprétation, de revendication, d'imagination qui sont constitutionnels, et le délire hallucinatoire chronique (classification de Sérieux et Capgras).

Démence. — A la Société Médico-Psychologique, par une récente communication (mai 1932), intitulée « essai de contribution à la langue psychiatrique », Simon et Larrivière ont provoqué une discussion sur la signification du mot démence, et il semble que la définition de Hamel « état d'affaiblissement intellectuel profond et définitif » ait été approuvée de la plupart des auditeurs.

D'après Georges Dumas, « l'usage a fini par s'établir de désigner uniquement sous le nom de démences, les affaiblissements intellectuels incurables ou acquis », et pour Abadie, dans sa classification, « la démence est un affaiblissement acquis plus ou moins global, mais définitif ».

Démences vésaniques. — Après le rapport de Deny au Congrès de Pau (1904), les démences dites vésaniques ou secondaires n'ont plus été maintenues dans les classifications psychiatriques, et ont été introduites dans le cadre de la démence précoce. Ce terme est devenu de moins en moins employé, et pour Sollier et Courbon, le syndrome démence précoce englobe la démence vésanique.

Cependant, les traités de Marchand (1909), Marie (1911), Chaslin (1912) ont conservé les mots démence vésanique, et nous les retrouvons cette année dans les classifications des Prs Claude, Hesnard, Raviart ; dans une récente conférence, René Charpentier dit : « A la vérité, il existe en psychiatrie un groupe considérable de malades appelés naguère des vésaniques..., dont la situation nosologique, probablement diverse, reste encore indistincte. » A la séance de la Société Médico-Psychologique de mars 1934, Charpentier précise qu' « au risque de heurter l'opinion courante, si l'on reste sur le terrain nosologique, il est permis de dire qu'en remplaçant la vieille conception des démences vésaniques par le vaste cadre nosologique de la démence précoce, on n'a pas gagné grand chose », ce qu'approuve Guiraud : « La conception de la démence vésanique ne manque pas de justification. »

D'après Régis, « toutes les psychoses chroniques tendent à verser finalement dans la démence ». Chaslin définit : « La démence incomplète avec reliquat délirant qu'on appelle vésanique pour rappeler qu'il y a d'abord eu une période délirante. » De nombreux auteurs prévoient l'évolution assez fréquente des délire systématisés vers un affaiblissement intellectuel plus ou moins *tardif*.

Il nous paraît excessif d'englober dans la démence précoce, entité déjà bien vaste, des états démentiels acquis et qui ont succédé tardivement à des maladies constitutionnelles devenues chroniques. Nous avons observé de nombreux maniaques, mélancoliques, délirants systématisés qui, bien que devenus chroniques, n'ont jamais présenté, même à un âge avancé, le moindre affaiblissement intellectuel ; par contre d'autres,

trop tard pour qu'il puisse s'agir de démence précoce, trop tôt pour qu'il puisse s'agir de démence sénile, présentent un affaiblissement intellectuel progressif ; ni dans les symptômes, ni dans l'étiologie, ni dans l'évolution de leur maladie, nous ne trouvons aucun des caractères (en particulier discordance, troubles affectifs), de la démence précoce ; ils en sont cliniquement distincts. Il s'agit pour nous d'admettre dans la catégorie (un peu artificielle, mais pratique) des démences vésaniques, les nombreux malades atteints d'affections constitutionnelles (manie, mélancolie, délires systématisés), si nombreux dans les asiles et qui sont devenus déments. Nous distinguons ces démences vésaniques secondaires et fonctionnelles (post-maniaques, post-mélancoliques, post-délirantes) des démences précoces primaires (protopathique) et des démences organiques (paralytique, sénile, etc...).

Pour caractériser ces démences vésaniques, nous les définirons comme des affaiblissements intellectuels, acquis et tardifs, définitifs et profonds, ayant succédé progressivement et avec une rapidité variable à des psychoses constitutionnelles (psychoses périodiques et délires systématisés).

Cette question des démences vésaniques mériterait à elle seule un volumineux mémoire.

Démences précoces. — (Schizophrénie, folies discordantes, hébéphréno-catatonie). Les mots « démence précoce » très critiqués sont cependant consacrés par l'usage et employés par la majorité des auteurs, aucun des néologismes proposés n'ayant paru meilleur.

De même que l'on avait abusé des mots dégénérescence mentale, devenus synonymes d'aliénation mentale, de même on avait étendu d'une façon abusive le cadre de la démence précoce, comme actuellement celui de la schizophrénie — et c'est là une pierre d'achoppement pour une classification. Comme Hesnard, nous préférons écrire démences précoces. En effet, pour Blériel, il y a au moins deux démences précoces : l'une d'emblée (où l'élément constitutionnel et dégénératif est la cause), l'autre secondaire (séquelle d'une toxi-infection). En 1924, Lautier, démembrant la démence précoce, y a défini 3 entités : la démence précoce des jeunes gens (type Morel), la folie discordante de Chaslin, et la confusion mentale chronique. Il est en effet logique d'englober dans la démence précoce la confusion mentale chronique qui ne s'en distingue pas cliniquement.

Dans la dernière édition de son manuel, Rogues de Fursac a considéré la démence précoce comme un trouble fondamental d'ordre dissociatif (disharmonique, discordant), et il a paru légitime à cet auteur de distraire de la démence précoce la démence paranoïde (pour la confondre avec le délire chronique) réduisant ainsi le domaine de la démence précoce à l'hébéphréno-catatonie.

Rappelant les définitions de la démence précoce données par Sérieux et par Masselon, nous limiterons, comme Lautier, ces démences précoces à trois types : celui de Morel (démence précoce des jeunes gens), celui de Chaslin (folie discordante qui peut se confondre avec la schizophrénie de Bleuler) et la confusion mentale chronique.

Confusion mentale. — Nous limitons, dans notre nomenclature, la confusion mentale à la confusion mentale proprement dite, et nous adopterons la définition de Régis : « psychose caractérisée par une torpeur, un engourdissement toxique de l'activité psychique supérieure poussé parfois jusqu'à la suspension, accompagné ou non d'automatisme onirique délirant, avec réaction adéquate de l'activité générale et des diverses fonctions de l'organisme ».

Nous englobons sous le terme de confusion mentale les nombreuses variétés cliniques où l'élément confusionnel fondamental est *primitif, profond, permanent* (Régis) : la confusion mentale primitive de Chaslin, les psychoses d'épuisement, les psychoses fébriles infectieuses (dont la psychose puerpérale), le délire aigu et les encéphalites psychosiques, tous les états de stupeur liés aux toxi-infections (que Delasiauve appelait démences aiguës), les psychoses diathésiques (urémie, glycosurie, etc...) et les confusions d'origine traumatique.

Les états confusionnels liés à des intoxications exogènes (alcool, cocaïne, morphine, etc...) doivent, à notre avis, et pour des fins statistiques former une catégorie à part. Nous engloberons sous le nom de *intoxication alcoolique* (ou autres intoxications aiguës ou chroniques), tous les états confusionnels ou démentiels (alcoolisme chronique, psychose polynévritique, etc...) dus à cette intoxication.

Les états confusionnels liés à *l'épilepsie* ou à des affections organiques ne sont que des symptômes accessoires liés à une maladie qui a sa place propre dans une classification.

Les troubles psychiques élémentaires dans *l'épilepsie* (précurseurs de l'accès ou consécutifs), les psychoses épileptiques (transitoires ou par accès) seront classés sous la rubrique générale épilepsie.

Les maladies mentales, dont l'étiologie est assez bien connue, comme celles-ci, prêtent moins à la discussion lorsqu'il s'agit de les dénommer. Il en est de même pour celles dont les lésions anatomo-pathologiques sont assez bien connues.

Paralysie générale. — On ne peut discuter la netteté de cette entité nosologique. Bayle et Calmeil n'étudièrent d'abord cette maladie qu'à sa période terminale, d'où le terme de « paralysie générale », qui est un mauvais mot, que l'usage a consacré (Foville), qui a des « droits historiques », et nous savons parfaitement, lorsque nous l'employons, à quels malades il s'applique. Nous le préférons à « démence paralytique », parce que nous ne savons plus, actuellement, si la paralysie générale, tout au moins à son début, est une démence. Nous le préférons aussi à méningo-encéphalite diffuse syphilitique, qui explique avec précision les lésions anatomo-pathologiques, mais est un peu long dans une classification. Sous le nom de *psychopathies syphilitiques,* nous réunissons dans le même cadre nosologique que la P.G. les troubles mentaux en rapport avec la syphilis secondaire ou tertiaire, les démences syphilitiques (telles que les a décrits Marchand, et qui sont distincts de la P.G. par leur symptomatologie et leur évolution), la syphilis cérébrale, la tabo-paralysie, et les troubles mentaux dans le tabès.

Sous le nom de *démences séniles* et préséniles (démences involutives, démences organicoséniles, psychoses séniles) nous groupons la démence sénile, les manies et mélancolies d'involution présénile qui ne sont en fait qu'une manifestation de début de la démence chez des malades à constitution maniaco-dépressive, toutes les variétés cliniques de la mélancolie présénile décrites par Halberstadt (qui ont leur place dans la nosologie, mais doivent se confondre dans une classification pratique), la presbyophrénie de Wernicke, la maladie de Pick, la maladie d'Alzheimer, et la démence artériopathique ou artérioscléreuse qui tend à absorber l'ancienne démence sénile (Dide et Guiraud).

De nombreux auteurs (les Prs Abadie, Georges Dumas,

Fribourg-Blanc, Ladame, de Moura, Preisig et Raviart), distinguent la démence artérioscléreuse de la démence sénile que le Pr Abadie appelle démence sénile vraie. D'autres, comme le Pr Divry, classent les démences artérioscléreuses avec les démences organiques. D'autres enfin, comme le Dr Hamel, font un groupe commun avec les démences séniles et organiques appelé démences organoséniles. Jelgersma, au contraire, considérant la sénilité comme une intoxication, place les démences séniles parmi les démences toxiques.

Les *démences organiques* comprennent pour la majorité des auteurs les états démentiels (ayant une symptomatologie distincte de la démence sénile), causés par des lésions circonscrites ou des lésions en foyer de l'encéphale ; ceux qui accompagnent et aggravent certaines affections du système nerveux comme la sclérose en plaques, la maladie de Parkinson, la chorée ou les tumeurs cérébrales, etc... On pourrait admettre dans cette catégorie la démence traumatique.

Enfin sous le nom de *psychopathies encéphalitiques,* nous groupons des états cliniquement distincts, états démentiels progressifs et troubles du caractère avec amoralité, qu'il est nécessaire, à cause de leur étiologie précise (encéphalite épidémique), de distinguer dans une classification.

Par ces explications, nous avons voulu justifier le choix que nous avons fait des termes que nous utilisons dans notre classification. Cette nomenclature est évidemment loin de comprendre toutes les formes cliniques et les nombreuses variétés nosologiques décrites dans les traités et l'enseignement. Nous considérons, après l'avoir arbitrairement restreinte, qu'elle nous donne un vocabulaire suffisant pour ordonner, d'une façon logique, une classification *pratique* comprenant des cadres assez vastes pour grouper, sous un nom de genre, des variétés nosologiques ayant entre elles une affinité non seulement symptomatique, mais encore étiologique, pathogénique et anatomopathologique, et dont l'évolution ait des caractères communs.



II. CLASSIFICATION DES MALADIES MENTALES

« Nier l'utilité des classifications dans les sciences, et les consi-
« dérer comme une œuvre stérile..., c'est nier la nature essentielle
« de l'esprit humain et la tendance instinctive qui le porte mal-
« gré lui à rapprocher les faits par leurs analogies, à les séparer
« par leurs différences, et qui l'oblige impérieusement à recher-
« cher des lois générales propres à lui servir de guide au milieu
« de la multiplicité des faits particuliers. »

(Jules FALRET, *A.M.P.*, 1861, p. 145).

Dans toute science, il est nécessaire de classer les objets que l'on veut étudier ou compter, et la classification consiste à ranger dans une même catégorie ceux qui possèdent certains caractères communs. Les classifications des sciences naturelles, et en particulier la classification botanique, qui est parfaite, sont basées sur des caractères morphologiques, anatomiques et descriptifs, c'est-à-dire objectifs. Ce sont des classifications naturelles.

Par contre, en l'état actuel de nos connaissances, les classifications médicales, loin d'être parfaites, ne sont qu'artificielles et factices, et comme l'a écrit Gilbert-Ballet : « il suffit d'ouvrir un traité de pathologie interne, qu'il soit ancien, moderne ou contemporain, pour constater combien, de tous temps et encore aujourd'hui, le groupement des matières y a été et y est encore hétérogène ». — « Cela tient à ce que la médecine tend aux hypothèses par la nature même du sujet où elle s'applique (Cabanis) ».

A l'exemple des botanistes, de nombreux médecins se sont efforcés de classer les maladies en ordres, genres et espèces (Sauvages, Linné, Vogel, Cullen, Cabanis et surtout Pinel, dans sa nosographie philosophique). Ils n'y sont jamais parvenus d'une manière satisfaisante parce que la médecine est une science qui n'est pas aussi avancée que la botanique. Certes, il n'y a pas d'inconnaissable (Fouillée), mais il y a des vérités difficiles à découvrir (Goblot), et une science s'organise et se classe toute seule à mesure qu'elle se fait (Goblot).

Les classifications usuelles des traités de pathologie interne se font par infections et par organes : maladies des poumons, maladies du cœur, etc... Depuis de longues années, on cherche à classer en se basant sur l'étiologie, l'anatomie physiolo-

gique et pathologique, les diverses maladies qui peuvent atteindre un organe et nous citerons parmi des classifications toutes récentes, la classification des néphrites par Rathery et Froment, celle des appendicites chroniques par Cambiès.

Une bonne classification médicale suppose la connaissance parfaite des affections qu'il s'agit de grouper tant au point de vue de leurs causes, de leurs lésions, et de leur physiologie pathologique que de leurs symptômes (G. Ballet).

La pathologie mentale tend, comme la pathologie organique, à constituer du mieux qu'elle peut, des entités nosologiques, c'est-à-dire des maladies définies, ayant une personnalité propre... ; elle doit pouvoir indiquer l'étiologie, la pathogénie, l'anatomie pathologique, la symptomatologie, l'évolution, mais c'est là un idéal nosologique bien rarement réalisé en pathologie mentale... Les groupements nosologiques inspirés trop souvent par l'esprit de système et les vues de l'esprit, plus que par la nature des faits, varient avec les auteurs... Toutes les classifications psychiatriques proposées jusqu'ici sont également contestables... (Georges Dumas).

Nous ne pouvons exposer ici, dans tous ses détails, cette question déjà ancienne des classifications psychiatriques qui a donné lieu à de nombreux travaux et à d'importants débats. Nous nous bornerons à citer les principaux auteurs qui ont étudié cette question difficile au point de vue théorique, avant de l'aborder au point de vue pratique, et les discussions les plus importantes qui eurent le même objet :

Buchez (1860), dans son rapport à la Société médico-psychologique sur le traité des maladies mentales de Morel ; la discussion sur les classifications à la Société médico-psychologique en 1860 et en 1861 et à laquelle prirent part Delasiauve, Buchez, Jules Falret, Morel, Adolphe Garnier, Parchappe, Girard de Cailleux, Baillarger, Lisle, Brierre de Boismont, pour ne citer que les principaux orateurs ; le mémoire de Achille Foville, fils (1872) sur la nomenclature et la classification des maladies mentales ; le rapport de Paul Garnier (1888), à la Société Médico-psychologique au nom d'une commission composée de Magnan, Christian et lui-même et la longue discussion qui suivit et à laquelle prirent part A. Voisin, Marandon de Montyel, Dagonet, Luys, Ball, etc... ; parmi les nombreux traités classiques, nous signalerons ceux qui ont donné d'excellents développements à la question des classifications : Régis (en particulier la 1re édition), Gilbert Ballet (dans l'introduc-

tion du traité de pathologie mentale, 1903), Rémond (1909), Georges Dumas (1924), O.-L. Forel (*La psychologie des névroses,* 1925) et l'article de Rémond et Lucien Lagriffe paru dans la *Gazette des Hôpitaux* (2 septembre 1902).

Pour Buchez, il y a quatre méthodes de classifications basées : 1° sur l'observation des formes apparentes ; 2° sur l'observation des lésions psychiques ; 3° sur l'observation des altérations fonctionnelles (intellectuelles ou morales) ; 4° sur l'observation des prédispositions organiques ou causales dominant le début et le cours de la folie ; il a appelé cette dernière méthode, pathogénique.

Falret divise les classifications des maladies mentales en quatre groupes basés : 1° sur les facultés intellectuelles, morales ou instinctives ; 2° sur les idées ou sentiments prédominants ; 3° sur les actes auxquels se livrent les aliénés ; 4° sur l'étendue plus ou moins grande du délire (général ou partiel).

Pour Girard de Cailleux, il y a deux sortes de classifications : les unes basées sur l'état de l'organisme, les symptômes, les lésions qui s'y produisent, la marche de la maladie ; les autres basées sur l'état psychique, les modifications du moi.

Achille Foville donne quatre bases aux classifications : 1° le mode présumé d'altération des facultés mentales ; 2° les manifestations extérieures de la maladie ; 3° les causes et l'origine de son développement ; 4° les lésions anatomiques qui lui sont propres.

Régis (1885) réduit avec précision les bases systématiques des classifications à quatre types : psychologique, symptomatique, pathogénique ou étiologique, anatomique.

Historique résumé des classifications du siècle dernier. — Nous ne pouvons les nommer toutes (ce serait une œuvre herculéenne, disait Delasiauve en 1861), mais nous qualifierons les principales, en utilisant les quatre termes définis par Régis.

Pendant la première moitié du siècle dernier, les classifications qui furent adoptées par la majorité des auteurs sont symptomatiques. Elles dérivent de celle de Cullen (1782), manie, mélancolie, démence ; Pinel y ajoute l'idiotisme (1800), Esquirol la monomanie (1816), Georget la stupidité (1820) ; Marc (1840) classa la lypémanie dans les monomanies ; mais

Baillarger (1853 et 1854) sépare la mélancolie (appelée, depuis Esquirol, lypémanie) des monomanies et en fait une entité nosologique. Parchappe, dans un but statistique, avait proposé une classification plus simple (folie, démence, idiotie); Ferrus avait tenté de diviser la folie en délire général et délire partiel, ce que reprennent Falret (1854) et Baillarger. En 1851, Morel considère les monomanies comme des cas de manie et mélancolie incomplètement observés. Toutes ces classifications sont symptomatiques. Mais déjà, en 1833, Scipion Pinel avait créé une classification purement anatomique.

Le deuxième traité de Morel paraît en 1860. Sa classification est étiologique, et il est fortement appuyé dans sa conception nouvelle par Buchez et Falret. Cependant, les classifications de Dagonet (1862), Girard de Cailleux (1863) restent symptomatiques.

Marcé (1862) cite cette phrase de Parchappe : « Une classification nosologique, pour être parfaite, devrait être fondée sur la nature même des maladies. Or, la nature d'une maladie nous est donnée par les symptômes, par les lésions organiques et le siège, par la marche et par les causes », et sa classification, qui utilise d'abord celle de Pinel-Esquirol-Baillarger, devient une *classification mixte,* à la fois symptomatique et anatomique, car il place dans une catégorie à part les « vésanies associées à des lésions du mouvement, avec lésion organique ». On ne pouvait vraiment plus placer la paralysie générale, entité morbide dont les lésions anatomiques étaient connues depuis de nombreuses années, dans une classification purement symptomatique. Parce que *toutes* les classifications actuelles sont mixtes, nous devons noter ces faits importants que Parchappe et Girard de Cailleux eurent les premiers l'idée de classifications mixtes basées sur l'étiologie, les symptômes, les lésions et la marche de la maladie, et que Marcé réalisa la première classification mixte.

En 1872, Foville publie son mémoire sur la nomenclature et la classification où il divise les maladies mentales en folies sans lésions anatomiques spécifiques, en infirmités cérébrales acquises et en infirmités cérébrales congénitales. Cette classification mixte tient compte de l'anatomie pathologique, de la symptomatologie, de l'étiologie et de l'évolution clinique des maladies.

En 1873, Berthier propose une nouvelle classification qu'il dit avoir basée sur l' « analyse clinique », et qui est en réalité

une classification mixte étiologique, symptomatologique et anatomique.

Cotard (1874) propose deux classifications, l'une est symptomatique (d'après les troubles fonctionnels), l'autre nosologique, basée sur des symptômes psychiques. Il critique cependant les classifications psychologiques insuffisantes, et aboutit à la création d'un certain nombre d'espèces nosologiques, qu'il appelle syndromes psychopathiques. Ball (1880) donne un excellent historique des classifications (cite Platon, Galien, etc...), critique la classification de Morel et réalise une classification mixte étiologique, clinique et organique. Luys (1882) classe les maladies mentales suivant les troubles, souvent hypothétiques, de la circulation cérébrale, et sa classification est purement anatomique. De même, Aug. Voisin, en 1883, convaincu que toutes les classifications symptomatiques sont mauvaises, que la classification de Morel manque de base solide, propose une classification anatomique.

En 1882, Magnan présente une classification nouvelle, mixte, basée sur l'évolution clinique, l'étiologie et l'anatomie pathologique et où il divise les maladies mentales en deux catégories principales : 1° les états mixtes tenant de la pathologie et de la psychiatrie (ceux dont les lésions anatomiques ou la pathogénie sont connues) ; 2° les folies proprement dites ou psychoses (celles où l'élément héréditaire et la dégénérescence mentale dominent). Cette classification, présentée par Paul Garnier à la Société Méd. psych. en 1888, ne fut pas adoptée. A cette même époque, Baillarger présenta une classification comprenant de nombreuses variétés nosologiques ; il y divise les maladies mentales en deux groupes principaux : 1° les folies (perversions fonctionnelles) ; 2° les démences (abolitions fonctionnelles). Sa classification est symptomatique pour les maladies de la 1re catégorie, et anatomique pour celles de la seconde.

En 1885, dans la 1re édition de son traité, Régis, après avoir longuement étudié la question des classifications, divise les maladies mentales en deux groupes principaux subdivisés eux-mêmes en deux catégories : 1° les aliénations constitutionnelles, comprenant : les aliénations congénitales et celles qui sont acquises ; 2° les aliénations fonctionnelles comprenant : les folies généralisées et les folies partielles. Cette classification n'est pas citée lors de la discussion de 1888.

En fait, les classifications psychiatriques sont d'abord pure-

ment symptomatiques jusqu'à Morel (1860), à ce moment, elles deviennent surtout étiologiques, puis l'anatomie pathologique prenant une importance de plus en plus grande, elles deviennent, comme la classification de Magnan, mixtes, et tiennent compte des symptômes, des causes, des lésions, de l'évolution clinique.

En 1890, Cullerre, dans son traité des maladies mentales, les divise en trois groupes principaux : aliénations primitives (folie simple, folie dégénérative) ; affections cérébrales organiques ; états morbides généraux (névroses et intoxications). Cette classification est mixte : symptomatique, organique et étiologique.

A noter qu'en 1889, à la Société Médico-psychologique, Marandon de Montyel aurait voulu qu'on s'en tînt à la classification de Morel, il estimait qu'une classification mixte était un non-sens, alors que la plupart des classifications actuelles sont mixtes.

A l'étranger. En Allemagne : la classification de Heinroth (1818) est psychologique, spiritualiste (alors que celle de Cullen en Angleterre, celles de Pinel et Esquirol en France sont symptomatiques). Elle a été combattue par Friedreich et par Jacobi (école somatique) dont les classifications sont anatomiques. Winge (1860) donne une classification anatomique. Griesinger (1865) énumère les différentes formes principales des maladies mentales sans les classer. Schüle (1888), après avoir montré qu'une classification purement : symptomatologique ou étiologique, ou psychologique est impossible, écrit qu'en tenant compte de la marche et de la nature des symptômes, on peut avoir une base non plus symptomatologique, mais clinique et pathologique. (Jules Falret, en 1861, demandait que l'on tienne compte de la marche et de l'évolution des maladies dans une classification). Mais pour Schüle, tous les essais de classification se ramènent à la question de ***résistance cérébrale*** et il distingue les cerveaux valides des cerveaux invalides, d'où sa classification, dont les grandes lignes sont : 1° Psychoses chez l'individu à développement organopsychique complet (psychoses du cerveau valide, psychoses du cerveau invalide) ; 2° Psychoses chez l'individu à développement organopsychique défectueux (dans laquelle entre, avec l'idiotie, la dégénérescence mentale). C'est donc une classification mixte étiologique et anatomique.

La classification de Krafft-Ebing (1890) conserve les deux

principaux groupes de la précédente, mais l'auteur divise la première catégorie en psychoses fonctionnelles (primitives ou secondaires), en psychoses dégénératives, intoxications et en psychoses organiques. Elle est encore une classification mixte étiologique et anatomique.

Dans un excellent livre (1896) « des variétés cliniques de la folie en France et en Allemagne », Roubinovitch a longuement comparé les nomenclatures et les classifications de Schüle, de Krafft-Ebing et de Magnan.

En 1890, Sérieux, dans la *Revue de psychiatrie,* présente la nouvelle classification de Kræpelin, dont G. Ilberg analyse le traité (quatrième édition) dans les *An. Méd. psych.* La classification nouvelle divise les maladies mentales en deux groupes principaux, maladies curables et maladies incurables, elle a comme principe la méthode clinique, et elle est basée à la fois sur la symptomatologie, l'étiologie, l'anatomie pathologique et l'évolution des maladies. Elle est une longue nomenclature, où Kræpelin a fait la synthèse de la manie, de la mélancolie et de la folie circulaire en un seul groupe : les psychoses périodiques. La démence précoce (catatonie et démence paranoïde) fait partie du groupe des *dégénérescences psychiques.*

En Angleterre. La classification de Cullen (1782) est purement symptomatique, de même que la classification de Skae (1879), qui se rapproche beaucoup de celle d'Esquirol. Mais la classification de Tuke (1873) est nettement étiologique. En 1877, Bucknill propose une classification où les phénomènes psychiques sont combinés avec les relations pathogéniques et les conditions pathogéniques.

En Belgique, nous pouvons citer la classification de Guislain, longue nomenclature où les maladies mentales d'abord divisées en formes élémentaires et en formes composées, sont classées suivant leur marche, leur transformation morbide, leur siège (sympathiques ou idiopathiques) et leur pathogénie. Les formes élémentaires sont au nombre de six (mélancolie, extase, manie, folie, délire, démence) et comprennent un très grand nombre de variétés symptomatiques.

En 1889, au Congrès de Paris, Jules Morel (de Gand) dans son rapport sur « les bases d'une bonne statistique internationale des aliénés », a publié les classifications allemande (Guttstadt), suisse (Wille), austro-hongroise (Benedikt), des

Etats scandinaves (Steenberg), russe (Mierzijensky), italienne (Verga), américaine du Nord (Clark Bell), américaine du Sud, anglaise (Tuke), hollandaise (Ramaer). Les classifications allemande et austro-hongroise sont de simples énumérations de 5 formes mentales principales, de même celle de l'Amérique du Nord (8 formes), de l'Amérique du Sud (6 formes), la Grande-Bretagne (13 formes), la Russie (12 formes). La classification suisse est une énumération qui a pour base l'étiologie, l'anatomie et la symptomatologie. La Hollande propose une classification basée sur l'étiologie et la symptomatologie ; l'Italie et les pays scandinaves, une classification basée sur l'étiologie, l'évolution et la symptomatologie. La Société de médecine mentale de Belgique propose au Congrès, comme classification internationale, une énumération de onze formes morbides principales.

En 1897, sous l'influence de Kræpelin, Francotte propose une révision de la classification officielle belge et donne une nouvelle énumération de onze groupes principaux de maladies mentales.

En Italie, Salemi Pace (1889) adopte une classification purement anatomique, assez comparable à celle de Scipion Pinel (1833).

De cet exposé, forcément incomplet, il se dégage la notion, un peu simpliste, qui nous permet de diviser chronologiquement les classifications utilisées au cours du siècle dernier, en trois époques ; de Pinel à Morel, les classifications sont presque toutes symptomatiques ; de Morel (1860) à Magnan, si les classifications ne deviennent pas toutes purement étiologiques (Morel, Ball, Tuke), elles ont du moins des tendances étiologiques ; enfin Magnan (1882) propose une classification mixte « s'adressant tour à tour aux lois de la psychologie normale, à la symptomatologie, à la pathogénie » (Paul Garnier), comme l'avaient conseillé autrefois Parchappe et Girard de Cailleux. Cette époque est la fin des classifications univoques, et depuis, à de très rares exceptions près, les classifications sont mixtes. Nous signalons la rareté des classifications purement anatomiques (Scipion Pinel, Voisin, Luys, Salemi-Pace). Quant à la classification de Kræpelin, (celle de la 4e édition), il faut préciser qu'elle n'est pas, à proprement parler, une classification, mais une nomenclature nouvelle qui avait réalisé la synthèse des psychoses périodiques.

Classifications contemporaines

A. D'APRÈS LES TRAITÉS CLASSIQUES. — Elles sont bien connues ou faciles à connaître, ce sont, pour la plupart, des classifications mixtes, et nous nous bornerons à indiquer quelles sont leurs bases. A notre époque, les classifications comme celles de Gilbert-Ballet (*in* traité Charcot-Bouchard-Brissaud, 1904) sont des classements nosologiques établis en tenant compte d'un ensemble de caractères : causes, symptômes, évolution, lésions (quand il y a lieu). Elles sont donc basées sur l'étiologie, la symptomatologie, la marche de la maladie et l'anatomie pathologique. Elles n'ont de différences que dans l'ordre où sont présentées les maladies et la nomenclature employée. Telles sont les classifications de Barbé, Delmas, M.de Fleury, O.-L. Forel, Genil-Perrin, P. Kahn, Lévy-Valensi, Nathan, Neuberger, Régis (1923). La classification de Rémond est purement anatomique ; celle de Chaslin (dont les deux divisions principales sont : troubles mentaux de cause connue et de cause inconnue) énumère toutes les variétés cliniques et est purement étiologique. Dans leurs traités, Benon, Codet, Porot divisent les maladies mentales en syndromes, mais n'en font qu'une énumération. Le manuel de Dide et Guiraud donne une classification par syndromes, mixte, basée sur la pathogénie et l'anatomie pathologique. Dans le traité de Marchand, deux classifications : la première par symptômes est basée sur la psychologie, et évidemment la symptomatologie, la seconde par syndromes mentaux est surtout symptomatologique et étiologique. La classification de Kræpelin, utilisée dans le manuel de Rogues de Fursac, est une nomenclature que Georges Dumas, dans son traité de psychologie (1924) a ordonnée en tableau ; elle devient alors une véritable classification étiologique et anatomique. Le traité de Morgenthaler et Forel, et les traités qui ont plusieurs auteurs (comme les deux volumes du traité de psychiatrie de la collection Sergent, etc., le traité de pathologie mentale de Gilbert Ballet, le traité de psychologie pathologique de A. Marie) n'ont pas de classification, mais une simple énumération. Dans son introduction, Gilbert-Ballet écrit que la classification adoptée est une sorte de table des matières, et dans un avant-propos, A. Marie, après avoir reproduit les principales classifications en usage de 1889 à 1911, donne un plan du traité qu'il compare dans un tableau à la classification de

Kræpelin et à celle qui fut proposée par Gilbert-Ballet et Maillard au Congrès de Budapest (1909).

En dehors des traités, nous pouvons citer cette dernière classification qui se rapproche beaucoup de celle dont Gilbert-Ballet s'est servi dans son enseignement en 1914, et que reproduit Delmas (*in* traité Laignel-Lavastine, Barbé, Delmas). C'est une classification mixte, symptomatique, étiologique, anatomopathologique, qui tient compte en même temps du mode de début des maladies mentales. Sont également mixtes : l'essai de classification de Maurice Dide, qui se divise en états congénitaux, dystrophies acquises et psychoses infectieuses; celle de Toulouse, en 1900, qui part d'un point de vue étiologique pour aboutir à une énumération de symptômes ; celle de Kéraval (1909), qui est en outre symptomatique (psychoses fonctionnelles) ; de même, celle de Sérieux, dont les deux groupes principaux sont : les manifestations délirantes et les faiblesses psychiques subdivisées elles-mêmes en congénitales et acquises. L'essai de classification de Rémond et Lucien Lagriffe (*Gazette des Hôpitaux*, 1902), inspiré des travaux de Lagriffe sur « La pathologie générale de la cellule nerveuse », est purement anatomique : polioencéphalites, leucoencéphalites, encéphalites totales. Klippel (1909) a tenté une classification biologique des psychoses en se basant sur la défense de l'organisme par ses modes de réaction générale (sommeil, émotion, fatigue), d'où la division en psychoses somnolentes, psychoses émotionnelles, psychoses de fatigue ; c'est une classification symptomatique. Enfin, Toulouse et Courtois (1932) ont proposé une classification organique, étiologique, symptomatique (encéphalopathies, psychoses de causes connues et de causes inconnues).

F. Adam et P. Schutzenberger ont proposé, dans un rapport à l'Association Amicale en 1930 : « Unification des comptes moraux et des statistiques médicales », l'énumération des formes morbides suivantes : 1° Psychoses maniaques dépressives ; 2° Etats confusionnels aigus ; 3° Etats hébéphrénocatatoniques ; 4° Alcoolisme (toutes formes) ; 5° Paralysie générale ; 6° Délires (paraphréniques, paranoïaques, paranoïdes) ; 7° Epilepsie ; 8° Etats de déchéance mentale acquis; 9° Etats d'insuffisance mentale congénitaux ; 10° Divers ; 11° Non reconnus aliénés ; 12° Simulateurs.

A l'étranger, nous pouvons citer la classification de Angiolella (1913) basée sur la clinique, la pathogénie et l'anatomie

pathologique, et en outre, sur la curabilité (classification un peu comparable, à ce point de vue, à celle de Guislain) ; en 1906, Soutzo présente la classification de Kræpelin (7e édition) qui est étiologique, symptomatique et anatomique ; en 1906, Sokalsky nous apprend que cette classification est fort répandue en Russie, mais il propose une classification très simple (VI groupes) basée sur les symptômes, les causes, les lésions. Roncoroni (1908) donne une classification mixte où, en plus des symptômes, des lésions, des causes, il se base sur le complexe gravité (comme Schüle et la 1re classification de Kræpelin). En 1910, Bresler divise les maladies mentales en psychoses endogènes, toxiques, secondaires. Bianchi (1916), dans son traité, donne une classification en psychopathies de développement, psychoses par infections et intoxications, maladies avec lésions anatomiques. En 1932, Piltz a fait un essai de classification biologique. La dernière classification de Kræpelin divise les maladies mentales en cinq groupes principaux : 1° Psychoses exogènes (par lésion corporelle de cause extérieure), 2° Psychoses endogènes (par lésions corporelles d'origine intérieure) ; 3° Maladies psychogènes ; 4° Anomalies constitutionnelles ; 5° Etats congénitaux.

La classification de Bleuler (1930) est une nomenclature qui comporte treize groupes. Les cinq premiers groupes sont réunis sous le nom de Psychoses acquises : 1° Troubles mentaux par action extérieure ; 2° Folie par lésions cérébrales ; 3° Psychoses syphilitiques; 4° Folies séniles et préséniles ; 5° Les intoxications ; 6° Psychoses symptomatiques fonctionnelles) ; 7° Psychoses endocriniennes ; 8° L'épilepsie ; 9° Les schizophrénies ; 10° Folie maniaque dépressive ; 11° Réactions morbides ; 12° Les psychopathies ; 13° Oligophrénies.

B. D'après l'enseignement. — Nous avons récemment publié, dans les *Annales Médicopsychologiques*, les classifications des maladies mentales, inédites, actuellement enseignées dans les Facultés et que nous devions à l'obligeance de leurs auteurs. Elles nous ont servi à établir notre nomenclature ; aucune de ces classifications n'est purement symptomatique, purement étiologique ou purement anatomopathologique. Elles sont toutes mixtes.

La classification du Pr Raviart est basée sur la psychologie, la pathogénie et l'anatomie. Celle du Pr Hesnard, l'énumération des syndromes du Pr Porot, l'énumération d'états du

Dr Hamel sont symptomatiques et anatomiques. Les classifications des Prs Abadie, Claude, Combemale, Euzière, Fribourg-Blanc, Jean Lépine, Lévy-Valensi, sont mixtes, étiologiques et anatomiques. De même, celle du Pr Georges Dumas qui a mis en tableau l'énumération de Kræpelin.

La classification du Pr Divry (Liége) est surtout étiologique ; celle du Pr Ley (Bruxelles) est une énumération étiologique, de même celle du Pr de Moura (Coïmbra). Les classifications des Prs Ladame (Genève), Preisig (Lausanne), inspirées de celles de Kræpelin et Bleuler, sont très voisines du projet de classification internationale de H. Bersot. Enfin, la classification officielle italienne, celle du Pr Gustavo Modena est une nomenclature à la fois étiologique, symptomatique et anatomique.

Les classifications psychiatriques sont donc actuellement fort nombreuses et « leur multiplicité elle-même est la meilleure preuve que la tâche n'a jamais encore été bien remplie, puisqu'aucune des classifications proposées n'est parvenue à se faire accepter de la généralité des praticiens. « (Foville, 1872).

Caractères d'une bonne classification. — Après avoir ainsi passé rapidement en revue les classifications contemporaines, il nous paraît utile de donner les caractères que devrait présenter une bonne classification :

1° *Psychologique*, comme celle de Heinroth, comme le proposent Billod (1856) et ensuite Falret, et basée sur l'étude des facultés intellectuelles. Mais « l'étude des lésions de l'attention, du jugement, de la mémoire, de l'imagination, du raisonnement, de la volonté, etc... n'a abouti qu'à une multitude de constatations sans influence sur la détermination des espèces mentales (Delasiauve) ». Bien plus, dans une même maladie mentale, il n'y a pas qu'une seule faculté intellectuelle lésée et d'autre part, une même faculté intellectuelle peut être lésée (avec d'autres) dans plusieurs maladies : par exemple, dans la manie aiguë, l'attention, le jugement, la volonté, etc., sont lésés, mais ils le sont aussi dans la mélancolie, la confusion mentale ou la démence sénile. La classification psychologique d'Heinroth l'obligeait à admettre un nombre considérable d'états mixtes, et d'après Régis, la classification psychologique d'Hammond montre que la dissociation des phénomènes de la pensée ne peut servir de base unique à la classifica-

tion de la folie. Enfin, le Pr Ladame nous a écrit, « c'est la symptomatologie psychologique qui nous perd ».

2° *Symptomatique.* — Toute science, à ses débuts, comme la psychiatrie au commencement du siècle dernier, est surtout descriptive, et l'on comprend pourquoi les premières classifications ont été symptomatiques. Actuellement, les classifications par syndromes, si utiles dans l'enseignement clinique, sont symptomatiques. Mais elles peuvent prêter à confusion, parce qu'un même symptôme peut appartenir à des entités morbides distinctes : par exemple, l'excitation à forme maniaque que l'on rencontre à la fois dans la manie, la démence précoce, la paralysie générale, la confusion, la démence sénile ou organique. On ne peut donc baser une classification sur les seuls symptômes.

3° *Etiologique.* — La classification purement étiologique de Morel (1860) a été un progrès considérable, et elle a eu une grande influence sur les classifications ultérieures, françaises ou étrangères. Cependant, une classification ne peut avoir pour base unique l'étiologie parce que la pathogénie des maladies mentales est très complexe étant donné la multiplicité de leurs causes. C'est dans ce domaine qu'il y a le plus d'hypothèses. D'autre part, une même cause peut donner des maladies distinctes suivant la constitution du malade, et une classification purement étiologique, dans l'ignorance où nous sommes des causes précises de certaines maladies mentales dites fonctionnelles, nous entraînerait, comme Chaslin, à diviser les maladies mentales en deux catégories : celles de causes connues, celles de causes inconnues. Or, l'énumération des maladies de la deuxième catégorie n'est pas étiologique.

4° *Anatomique.* — Les progrès de la technique histologique et de l'anatomie pathologique ont donné l'espoir de baser une classification sur les lésions, et il est évident que la doctrine scientifique qui subordonne l'intelligence aux lésions est plus qu'une hypothèse séduisante. Mais l'anatomie pathologique, malgré ses progrès, est encore assez pauvre, en psychiatrie, et si nous ne doutons pas des lésions cérébrales, elles sont loin d'avoir été toutes découvertes ; les lésions laissées dans les centres nerveux par une infection grave ne sont pas toujours décelables. Au Congrès de Rabat, le Pr H. Claude, à propos des encéphalites psychosiques, a dit : « Il convient de tenir compte aussi des modifications fonctionnelles d'ordre

biologique qui, pour ne pas laisser de traces sous la forme de lésions, mêmes fines, du système nerveux, n'en sont pas moins d'une grande importance. » Mœbius, cité par O.-L. Forel, a affirmé « que l'histologie ne doit pas dominer la clinique ». Enfin, il est banal de constater avec de graves lésions cérébrales (traumatismes, tumeurs, lésions circonscrites) des troubles intellectuels bénins, alors que l'on peut observer de graves troubles mentaux sans altération visible de la substance nerveuse.

5° *Evolution.* — On ne peut baser une classification sur le seul critère évolution, c'est-à-dire sur la transformation de troubles aigus ou chroniques ; on risquerait ainsi de faire figurer deux fois une maladie dans une classification, suivant qu'elle est à l'état aigu ou qu'elle est devenue chronique. De même, on ne peut baser une classification sur les complexes de gravité ou d'incurabilité.

***

Chacun de ces systèmes a ses défauts et une classification, basée sur l'étiologie ou l'anatomie seules, ne serait possible que si nous avions une connaissance complète des causes ou des lésions.

Nos devanciers ont voulu des classifications basées sur un principe univoque, fondées sur un seul caractère, et ils ont tenté de subordonner les faits à l'esprit de système. C'est pourquoi leurs classifications étaient aussi différentes, et aucune entente (en 1888 en particulier) n'était possible. Il vaut mieux utiliser toutes nos connaissances dans les divers domaines et s'adresser à la fois à la psychologie, à la symptomatologie, à l'étiologie, à l'anatomie, et même tenir compte de l'évolution morbide. Parchappe et Girard de Cailleux proposèrent les premiers la classification mixte ; en réalité, la dernière classification de Baillarger et celle de Marcé étaient mixtes, et depuis Magnan, la plupart des classifications se basent sur l'ensemble des différents caractères que nous avons nommés.

La classification psychiatrique à ses débuts devait être symptomatique, mais à mesure que l'on découvrait les causes et les lésions des maladies mentales, elle devait devenir à la fois pathogénique et anatomique.

Comme nous l'avons montré, sauf celle de Chaslin et celle

de Rémond, les classifications actuelles sont mixtes. Il n'y a donc plus entre elles de différences fondamentales comme au temps des discussions de 1861 et de 1888, où l'on opposait la classification de Pinel-Esquirol-Baillarger à celle de Morel, ou les classifications de Marcé et de Baillarger à celle de Magnan.

« Les classifications se modifient et se perfectionnent à mesure que la science progresse : si celles qui sont adoptées dans les traités récents de psychiatrie ne sont pas exemptes de défauts, on n'a pas de peine cependant à reconnaître qu'elles marquent un progrès sensible sur celles du commencement du siècle dernier. » (Gilbert-Ballet, 1902).

Or, les classifications actuelles, sans être parfaites, ont de nombreuses qualités ; si le vocabulaire manque encore de précision, la méthode et la logique avec lesquelles sont présentées les maladies sont en progrès indéniable, et elles ont toutes le caractère commun d'être fondées sur les mêmes critères auquels est donnée, dans chacune, une importance plus ou moins grande. Cette étude des classifications montre les progrès de la psychiatrie où le champ des hypothèses et des inconnues se rétrécit.

La classification présentée au Congrès. — Nous aurions pu nous borner à faire une simple énumération des entités morbides de notre nomenclature. Nous préférons essayer de les grouper dans un ordre logique.

Pour le but pratique que nous poursuivons, une classification doit d'abord être simple ; nous éviterons de trop nombreuses subdivisions pour que les groupes voisins soient nettement différenciés, à l'encontre des classifications destinées à l'enseignement, où toutes les variétés nosologiques doivent être énumérées.

Depuis douze ans, nous nous servons, dans notre rapport annuel au Préfet, d'une classification inspirée de celle de Gilbert-Ballet (utilisée dans son cours en 1914) et de l'ancienne classification de notre maître, le Pr Raviart. A l'usage, elle nous a paru assez pratique, parce que nous n'avons jamais été embarrassé pour classer nos diagnostics dans ses cadres. Après avoir étudié et comparé les classifications actuelles, nous l'avons modifiée, et nous la présentons comme un instrument commode, plus pratique que scientifique, mais établi avec un esprit de conciliation assez large, ce qui d'ailleurs est relativement facile, puisqu'il n'y a plus de divergences fondamentales entre les classifications contemporaines.

Nous avons divisé les maladies mentales en trois groupes principaux : 1° Maladies mentales constitutionnelles ; 2° maladies mentales constitutionnelles et acquises ; 3° maladies mentales acquises. Les termes constitutionnels et acquis permettent de distinguer, dans la classification, les maladies mentales qui dépendent de la constitution (et par conséquent de l'hérédité) de celles qui sont accidentelles ; ils sont employés par de nombreux auteurs (Régis dans sa première classification, et Raviart dans son ancienne ; Gilbert-Ballet, Genil-Perrin, Maurice Dide, Dide et Guiraud, Lévy-Valensi, Sérieux, Bresler, Bleuler). Le Pr Divry appelle les maladies mentales acquises « accidentelles » ; Maurice de Fleury « accidents », les distinguant ainsi des maladies constitutionnelles qu'ils appellent « destinées ».

1° *Maladies mentales constitutionnelles.* — Elles comprennent d'abord celles qui sont causées par un arrêt ou par une insuffisance de développement des facultés intellectuelles : idiotie, imbécillité, débilité mentale, que nous avons définies au chapitre précédent. La débilité mentale comprend la débilité intellectuelle et la débilité morale (déséquilibre, perversions, etc...). A cause des graves lésions anatomiques observées dans l'idiotie, de nombreux auteurs (Scipion Pinel, Foville, Régis, 1re cl., Delmas, Raviart) ont préféré classer les agénésies avec les maladies dont les lésions organiques sont connues. Ce mode de classement présente l'inconvénient de grouper, avec des maladies acquises tardivement (les démences), des affections qui se sont produites au cours du développement, et de séparer la débilité mentale, qui n'a pas de lésions histologiques connues, de l'idiotie, alors que, dans la catégorie logique : idiotie, imbécillité, délibité mentale, il n'y a qu'une question de degré.

Dans ce groupe, viennent ensuite les psychoses périodiques, divisées en manie et mélancolie. Les cas de folie alterne, comme les cas mixtes, peuvent être facilement classés soit dans la manie, soit dans la mélancolie. Nous ne jugeons pas utile de les distinguer dans cette classification à fins stastistiques.

Les délires systématisés progressifs comprennent les variétés définies par Sérieux et Capgras.

2° *Maladies mentales constitutionnelles et acquises.* — Nous plaçons, dans ce 2e groupe, les démences vésaniques que

nous avons définies (aggravations démentielles des psychoses constitutionnelles) et les démences précoces. Il est difficile actuellement de classer, malgré les travaux récents de d'Hollander, de Baruk, de Toulouse et Courtois, les démences précoces parmi les psychoses d'origine infectieuse, ou parmi les maladies organiques (les lésions anatomiques décrites ne sont pas admises unanimement). Nous avons préféré les placer dans le groupe des maladies constitutionnelles et acquises parce qu'il intervient dans leur étiologie, comme l'ont écrit Morgenthaler et Forel : 1° l'hérédité ; 2° des troubles endocriniens ; 3° des altérations anatomiques que l'on soupçonne. Dans l'étiologie de la démence précoce, il y a une part d'hérédité, de constitution par conséquent, et en outre, des causes occasionnelles multiples. De même pour la confusion mentale chronique.

3° *Maladies mentales acquises.* — Nous séparons, dans la 1re catégorie de ce troisième groupe, celles qui sont acquises par auto-intoxications ou infections (confusions mentales), par intoxications endocriniennes (crétinisme), par des intoxications exogènes subdivisées en alcoolisme et autres toxiques. Il ne paraît pas utile, dans ces exo-intoxications, de tenir compte de la forme ou de l'évolution de la maladie. L'étiologie, dans un but statistique, domine : il importe peu de savoir si un alcoolique est curable ou chronique, confus ou dément ; s'il est névritique ou insuffisant hépatique, il suffit de savoir qu'il est alcoolique. Nous n'avons pas jugé utile de nommer les autres toxiques, à cause de leur rareté relative.

Nous classons l'épilepsie dans une catégorie intermédiaire entre les lésions et les intoxications, parce que l'épilepsie a une cause organique et que la crise et ses équivalents sont liés à des phénomènes d'auto-intoxication probable.

Ensuite, viennent les maladies mentales organiques, et il nous a paru logique de placer les maladies mentales d'origine syphilitique parmi celles qui sont organiques, plutôt que parmi les infections, à cause de la gravité des lésions organiques de ces affections spécifiques.

Nous avons ensuite classé les démences séniles (qui comprennent, avec la démence sénile proprement dite, les maladies préséniles et leurs variétés ; la presbyphrénie de Wernicke, la maladie de Pick et celle d'Alzheimer).

Dans les démences organiques, nous classons toutes les démences liées à des lésions circonscrites, à des tumeurs ou

consécutives à des traumatismes. Il serait possible de donner aux démences traumatiques un classement à part, si leur fréquence s'accroît comme on peut le craindre.

Enfin, nous terminons par les séquelles (ou l'évolution) de l'encéphalite épidémique, infection qui s'accompagne à la fois de graves désordres organiques et de troubles mentaux définitifs, qui peuvent ressortir, lorsqu'elle atteint des sujets âgés, à la démence organique, et, lorsqu'elle atteint des sujets jeunes, à la débilité mentale, (mais dont la cause et les lésions sont connues). Il eût été plus simple de classer ces séquelles dans l'une ou l'autre de ces catégories, mais il nous a paru utile, dans un but statistique, de donner ici, à l'étiologie et à l'anatomie, une part prépondérante qui légitime ce classement.

On ne peut tenir compte, dans une classification simple, des psychoses associées qui peuvent être classées facilement suivant l'aspect clinique dominant.

Notre classification peut se présenter sous la forme du tableau détaillé reproduit à la page suivante. Elle n'est pas nouvelle, elle n'est pas originale, mais elle est simple. Il faut la considérer comme un classement méthodique d'états d'aliénation mentale primitifs ou acquis. « Une classification ne peut-être une œuvre individuelle », écrivait Renaudin en 1856, et pour cette raison, nous avons usé largement de citations. Cette classification nous paraît devoir être, dans la pratique, d'une application facile. Elle est le résultat d'un effort de conciliation, elle n'a d'ailleurs qu'un caractère provisoire. Le but poursuivi est l'adoption d'une classification uniforme qui serve de base à l'établissement de statistiques nationales exactes. Elle pourra fournir, en outre, les éléments nécessaires à remplir les cadres d'une classification internationale. A ce point de vue, comme l'avait écrit Baillarger, « il faut fixer les principales formes de l'aliénation afin de leur donner, si j'ose m'exprimer ainsi, un cours forcé dans la science ». Nous nous permettrons d'amender cette phrase, « *un cours forcé dans la pratique* ». Comme l'ont demandé Parchappe en 1839, Baillarger, Renaudin et Aubanel en 1846, Lunier en 1867, Julien Raynier en 1923, nous avons tenté de réaliser un projet de classification uniforme.

« Il ne se trouve guère de question où la critique et la controverse trouvent plus à s'exercer que dans celle qui a rapport à la classification des maladies mentales. » (Paul Garnier).

I Maladies mentales constitutionnelles.	Par arrêt ou insuffisance de développement des facultés intellectuelles.	*Idiotie.*		
		Imbécillité.		
		Débilité mentale.	Débilité intellectuelle.	
			Débilité morale (déséquilibres, perversions, etc).	
	Périodiques.	*Manie.*	(Y compris folies alternes, états mixtes, etc.).	
		Mélancolie.		
	Délires systématisés progressifs (paranoïas).	Délires d'interprétation.		
		Délires d'imagination.		
		Délires de revendication.		
		Délire hallucinatoire chronique.		
II Maladies mentales constitutionnelles et acquises.	*Démences vésaniques.*			
	Démences précoces. (schizophrénies, folie discordante, hébéphrénocatatonie).	Des jeunes gens.		
		Hébéphrénocatatonie.		
		Confusion mentale chronique		
III Maladies mentales acquises.	Par intoxications.	Endocrinienne. Myxoedème, *crétinisme.*		
		Auto-intoxications et infections. *Confusions mentales.*		
		Exo-intoxications.	*Alcoolisme.*	Aigu.
				Chronique.
				Démentiel.
			Autres toxiques.	
	Par lésions et intoxications.	*Epilepsie.*		
	Par lésions organiques.	*Psychopathies syphilitiques.*	Paralysie générale.	
			Tabès.	
			Syphilis cérébrale.	
			Démences syphilitiques.	
		Démences séniles et préséniles.		
		Démences organiques (y compris la démence traumatique).		
		Psychopathies encéphalitiques.		

Cette classification peut être condensée dans ses formes principales en une énumération plus simple :

I Maladie mentales constitutionnelles	1. Idiotie. 2. Imbécillité. 3. Débilité mentale. 4. Manie. } psychoses 5. Mélancolie } périodiques 6. Délires systématisés.
II Maladies mentales constitutionnelles et acquises	7. Démences vésaniques. 8. Démences précoces.
III Maladies mentales acquises	9. Crétinisme. 10. Confusions mentales. 11. Alcoolisme et autres toxiques. 12. Épilepsie. 13. Psychopathies syphilitiques. 14. Démences séniles et préséniles. 15. Démenses organiques. 16. Psychopathies encéphalitiques.

Après la discussion de ce rapport, nous souhaitons être amené à adopter une classification meilleure, plus simple, d'une méthode plus rigoureuse, et remplissant mieux les buts que nous nous étions proposés.

*
* *

III. STATISTIQUES

« Le premier point, le plus important assurément, sur lequel il « était essentiel de se mettre d'accord, consistait à déterminer, non « point une classification complète des maladies mentales, mais « bien seulement les formes typiques sur lesquelles il convenait « de faire porter tous les renseignements formulés sous forme de « questionnaires dans les cadres statistiques. Il y avait, en effet, « un double écueil à éviter ; il ne fallait pas trop multiplier les « types d'aliénation mentale à placer en tête des tableaux, mais « il était encore plus indispensable de ne pas confondre sous une « même dénomination générique, des formes qui pouvaient offrir « des différences importantes, notamment en ce qui concerne « l'étiologie. » (Lunier, *A.M.P.*, 1869, T. I, p. 32).

« Les statistiques sont une nécessité médico-administrative « dans les asiles, nos malades sont des unités que nous ne pou- « vons nous empêcher de compter... Je considère la statistique « plutôt comme un moyen que comme un résultat au point de « vue scientifique. » (Renaudin, *A.M.P.*, 1846, T. I, p. 467).

Ces opinions ne sont pas unanimes, et J.-P. Falret, dans son volume « Des maladies mentales et des asiles d'aliénés, 1864 », rappelant la discussion à l'Académie des Sciences de 1843 à propos de la conclusion statistique de Moreau de Jonnès « sur les causes de l'aliénation mentale » écrivait : « La statistique est un procédé d'autant plus dangereux qu'il offre toutes les apparences de la vérité. Elle sert ainsi fréquemment à introduire dans la science des erreurs d'autant plus nuisibles qu'elles sont accréditées sous la forme mathématique, et paraissent revêtir tous les caractères de l'évidence. »

Il est vrai qu'en 1898, Toulouse, dans la *Revue de Psychiatrie,* a écrit « qu'à la suite de ses recherches et de ses méditations... son opinion s'est renforcée que la statistique peut *seule* nous aider à découvrir les grandes lois qui déterminent les phénomènes ».

La statistique ne méritait ni cette indignité, ni cet excès d'honneur, et nous préférons adopter les opinions plus modérées de Baillarger (1846) : « Nul doute que la statistique appliquée à l'étude des maladies mentales ne puisse encore contribuer puissamment aux progrès de la science » ; de Renaudin (1860) : « sans donner une importance exagérée aux recherches statistiques, on y trouve cependant un utile enseignement pour la solution de questions dont la discussion s'agite dans le vide tant qu'elle ne repose pas sur une somme de faits propres à en déterminer la signification » ; de Lunier (1869) : « c'est surtout aux résultats fournis par la statistique que l'administration est redevable des données qui l'ont guidée et la guident encore dans l'application aux aliénés dans divers modes de traitement ou d'assistance ».

Sans croire, d'une manière absolue, à l'infaillibilité des chiffres, c'est à la statistique que l'on doit en particulier la certitude que les causes physiques prédominent sur les causes morales, et cela malgré l'opinion des médecins qui, vers le milieu du siècle dernier, croyaient fermement le contraire (préjugé encore répandu dans le public) et ce qui explique un peu la mauvaise humeur de J.-P. Falret.

Les statistiques psychiatriques ont leur raison d'être en vue d'une étude d'ensemble, et la statistique a des lois qui, violées, donnent des erreurs.

Mais, comme l'écrivait Renaudin, pour faire une statistique des maladies mentales, il faut d'abord adopter une classification. Or, nous avons montré dans deux articles récents,

écrits en collaboration, que dans un même asile, à aucune époque, la classification officielle n'a coïncidé avec celle adoptée par les médecins dans leurs rapports ; que dans un même asile, les médecins utilisent des classifications différentes ; et que, dans les divers asiles, à notre époque, il est exceptionnel que la classification officielle soit utilisée dans les rapports médicaux. C'est ce que critiquait déjà Lunier en 1876, « la plupart des documents contenus dans la statistique officielle ne sont pas établis de la même façon dans tous les établissements et il n'est pas possible d'en tirer aucune conclusion ».

La situation est restée la même à notre époque.



La *Statistique générale de la France* (dont les services centralisent tous les renseignements statistiques sur le recensement de la population, l'industrie, le commerce, les salaires, le coût de la vie, etc..., et sur les institutions d'assistance, y compris les aliénés) adresse chaque année, aux Préfectures, des états sur les Aliénés, appelés états n° 10, où elle demande une série de renseignements répartis en trois tableaux :

1° Mouvement de la population (entrées, sorties, décès, effectif) ;

2° Répartition par âge de l'effectif des aliénés, et des aliénés décédés ;

3° Détails administratifs (nombre d'aliénés placés au compte de la collectivité, prix de journée, etc...).

Chaque année, la Statistique générale, après avoir centralisé ces renseignements, les publie dans le volume consacré aux Institutions d'Assistance ; elle y donne, en résumé, le nombre global d'aliénés, leur répartition suivant le genre de folie et le sexe, leur répartition par âge, le nombre d'admissions, de guérisons et de décès (où la classification ne comporte que trois classes : manie et mélancolie, alcoolisme, toutes formes de folie), les recettes et les dépenses des asiles et le total des dépenses pour les aliénés à la charge des départements. En outre, une classification moins réduite (neuf classes) est adoptée dans de grands tableaux sur les admissions, les sorties et les décès : 1° Idiotie, crétinisme, imbécillité ; 2° manie, mélancolie, délire de persécution ; 3° épilepsie ; 4° folie des dégénérés sans antécédents alcooliques ; 5° folie des dégénérés avec antécédents alcooliques ; 6° alcoolisme aigu ou chronique; 7° paralysie générale ; 8° démence sénile, organique, etc... ;

9° autres maladies mentales. Cette classification est désuète, et le but de ce rapport est d'en proposer le remplacement.

Ces états n° 10 sont transmis par les Préfectures aux Asiles, et là, le secrétaire de la Direction est chargé de les remplir. Or, c'est un travail pratiquement impossible, puisque la nomenclature de ces états ne concorde presque jamais avec la nomenclature utilisée par les médecins-chefs dans leurs rapports. On se borne alors à remplir les colonnes au petit bonheur, et on s'efforce seulement de faire coïncider le total des chiffres portés dans les colonnes avec le total général. Par exemple: dans quelle colonne le secrétaire de la direction placera-t-il les démences précoces, les confusions mentales, les intoxications autres que l'alcoolisme ? etc...

Dans ces conditions, les renseignements que centralise la Statistique générale doivent être erronés, et il ne suffit pas pour l'avenir d'adopter une nouvelle classification officielle. Comme les diagnostics sont puisés par les secrétaires des asiles dans les rapports médicaux, il faut que ceux-ci adoptent une nomenclature et une classification uniformes, la même que celle des états n° 10.

En conséquence, la classification qu'aura adoptée le Congrès devra avoir « *un cours forcé* ». Les rapports médicaux sont obligatoires (art. 65 du Règlement de 1857), il est facile, par une circulaire, de leur demander d'utiliser une classification et des cadres uniformes. C'est ce que demandait F. Adam en 1930, et ce que proposèrent F. Adam et P. Schützenberger dans un rapport à une Assemblée générale de l'Amicale, « Unification des comptes moraux et des statistiques médicales ».

Si, pour des raisons didactiques ou scolastiques, chacun, par un esprit de système bien légitime, tient à conserver sa classification personnelle, il n'en est pas moins évident que l'on ne peut centraliser des renseignements basés sur des nomenclatures aussi diverses ; il est donc nécessaire que la classification adoptée par la Statistique générale et par les rapports médicaux soit la même.

C'est d'ailleurs ce qui est réalisé dans d'autres nations. Au Canada, l'Administration centrale publie, en deux langues, un « Manuel à l'usage des médecins des Institutions pour le traitement des maladies mentales » commentant la classification officielle et prescrivant que, « dorénavant, tous les rapports annuels devront être faits d'après cette classification ». Les Etats-Unis d'Amérique ont adopté la même classification qui

est donc unique pour tous les Etablissements d'aliénés de l'Amérique du Nord. En Suisse, dans chaque asile, on remplit à l'entrée, comme à la sortie de chaque malade, une fiche uniforme, très complète, de couleur différente suivant les sexes. Ces fiches sont centralisées pour établir les statistiques. De même en Italie, chaque manicome établit une fiche individuelle à l'entrée de chaque malade, fiche destinée à l'Office Statistique d'Ancône. La centralisation de ces renseignements uniformes permet des statistiques exactes.

Il est nécessaire en France d'adopter une classification officielle uniforme et il faudrait en outre modifier, améliorer les statistiques générales. Ce projet détaillé, avec ses tableaux, dépasserait le cadre de ce rapport, et nous n'en donnerons que les grandes lignes.

Comme l'a demandé F. Adam, et comme on le fait en Suisse et en Italie, il serait utile d'établir, à l'entrée et à la sortie de chaque malade, une fiche d'un modèle uniforme, en deux exemplaires, l'un destiné à l'Asile, l'autre à la Statistique générale; cette fiche, comme les fiches italiennes et suisses, comporterait une série de renseignements utiles, âge, sexe, diagnostic, internements antérieurs, renseignements médico-légaux, hérédité, etc... ; elle permettrait à la fois la rédaction des nouveaux états n° 10, et le contrôle des renseignements qui y seraient inscrits. Les renseignements demandés par les états n° 10, sans comprendre tous les détails minutieux demandés autrefois (par exemple en 1850) seraient cependant plus complets, et porteraient en particulier sur les malades chroniques, si nombreux. Les cadres contiendraient l'âge et le diagnostic des entrants ; l'âge, le diagnostic, la durée de séjour, la cause de la sortie des sortants ; l'âge, le diagnostic, la durée de séjour, la cause du décès des aliénés décédés ; l'âge, le diagnostic, la durée du séjour de l'effectif total de l'asile. Ces renseignements seraient établis conformément aux rapports médicaux et aux fiches individuelles.

Telles sont, à notre avis, les grandes lignes d'une nouvelle statistique des aliénés, dont nous avons l'intention, à l'imitation de l'excellent projet de Lunier (1869), de publier un plan détaillé avec tableaux, sous la direction de M. l'Inspecteur général J. Raynier et en collaboration avec nos collègues F. Adam, J. Lauzier et P. Schützenberger. Mais ce projet est subordonné à l'adoption d'une classification unique, suffisamment simple.

Des statistiques semblables au remarquable travail du Pr

Gustavo Modena, « Les maladies mentales en Italie, 1928 », ne sont possibles qu'à cette condition, et elles auraient l'avantage de nous donner des renseignements précieux, non seulement au point de vue quantitatif, mais encore au point de vue qualitatif. Elles nous permettaient de suivre l'augmentation ou la diminution de certaines maladies mentales (en particulier celles qui sont en rapport avec les intoxications et les infections), de les localiser dans les diverses régions du territoire, et d'en assurer plus efficacement la prophylaxie.

Enfin, ces nouvelles statistiques, dans l'avenir, pourraient s'adapter à la statistique internationale, dont H. Bersot doit présenter un projet en 1936, et qui « fournirait des matériaux précieux pour élucider le problème des rapports de la folie avec la civilisation. (P[r] Lefebvre de Louvain. Congrès d'Anvers, 1885). »

NOTE

Nous remercions le P[r] Gustavo Modena (Ancône), le D[r] A.-H. Desloges (Montréal), le P[r] D[r] Gonzalo Bosch (Buenos-Aires) qui très aimablement nous ont adressé une précieuse documentation.

Nous remercions les Professeurs et les Chargés de Cours de Psychiatrie dans les Facultés de France et des pays de langue française qui ont bien voulu nous adresser, sur notre demande, les classifications, pour la plupart inédites, qu'ils ont adoptées dans leur enseignement. Nous excusant de les avoir parfois résumées, nous les avons publiées dans le numéro de juin 1934 des *Annales Médico-psychologiques*, sous le titre : *Les classifications des maladies mentales dans l'enseignement contemporain.*

Nous avons publié, en collaboration et avec des références bibliographiques, une partie de la documentation historique et statistique réunie pour la rédaction de ce rapport :

I. — Dans les *Annales Médico-psychologiques :*

M. Desruelles, P. Léculier et M.-P. Gardien. — *Contribution à l'histoire des classifications psychiatriques* (N° 5, mai 1934).

II. — Dans *l'Aliéniste Français :*

M. Desruelles, P. Léculier et M.-P. Gardien. — *Statistiques et classifications d'après les archives de l'Asile public des aliénés du Jura* (N° 3, mars 1934).

M. Desruelles et P. Schutzenberger. — *Les classifications psychiatriques d'après les rapports médicaux* (N° 6, juin 1934).

M. Desruelles et J. Lauzier. — *La statistique des aliénés* (N° 7, juillet 1934).

DISCUSSION DU RAPPORT D'ASSISTANCE

M. le Dr JABOUILLE (de Rouffach) observe que dans l'exposé du rapporteur, il a trouvé à peu près toutes les concessions qu'il désirait demander. Dans ces conditions, l'accord est pour ainsi dire complet.

1° Rubriques qui manquent :

a) Névroses et psychonévroses.
b) Non aliénés.

2° Rubrique à supprimer :

Démences vésaniques.

Au point de vue de la division générale de la classification, il fait toutes réserves sur le terme de « constitutionnel » qui y figure. Il s'agit là de discussions théoriques d'ailleurs qui entraîneraient la discussion trop loin et sur lesquelles il ne croit pas devoir insister.

En ce qui concerne la statistique, il croit que malgré l'unification de la nomenclature, les diverses classifications ne seront jamais que vaines, parce que non comparables, chaque auteur ayant, suivant ses tendances, une façon différente d'établir le diagnostic.

Mais, en résumé, il ne trouve que des avantages à adopter la nomenclature du rapporteur, même telle qu'elle est, parce qu'elle marque un très louable effort vers une classification méthodique et réellement scientifique.

Dr Sim. VLAVIANOS (d'Athènes). — A mon avis, il n'y a pas de doute, qu'en l'état actuel de nos connaissances en Psychiatrie, il ne saurait être question d'une classification rationnelle des maladies mentales, puisque, comme le dit si bien dans son excellent rapport M. Desruelles, même les classifications de la pathologie interne actuellement en vigueur, n'ont pas de base scientifique absolument vigoureuse.

On ne peut donc, pour le moment, adopter qu'une classification éclectique, c'est-à-dire qui tienne compte à la fois de

la symptomatologie, de l'anatomie pathologique et autant que possible de l'étiologie et de la pathogénie.

La classification proposée par M. Desruelles nous paraît simple, mais discutable sur certains points.

Pour notre part, nous voudrions seulement discuter un point de la nomenclature, à savoir la *confusion mentale,* que le rapporteur classe dans la classification qu'il propose, parmi les maladies mentales acquises.

Nous sommes d'avis que la confusion mentale ne peut plus constituer une entité clinique, car elle n'est le plus souvent, sinon toujours qu'un syndrome parmi les autres désordres mentaux organiques ou fonctionnels. Pour notre part, nous n'avons jamais rencontré un seul cas, qui ne pût être classé parmi les autres entités morbides, connues en pathologie mentale. Le plus souvent, sous le terme de confusion mentale sont groupés divers états morbides, tels que alcooliques, toxiques, traumatiques, souvent aussi la confusion sénile, la démence précoce ou schizophrénie, etc.

Il faut donc faire le démembrement de la confusion mentale, et la faire disparaître du cadre des classifications modernes.

Partant de ce principe, nous avons, dans le *Traité hellénique des maladies mentales* que nous dirigeons, et qui est en préparation, nous en avons exclu pour cette raison le terme de confusion mentale en tant qu'entité clinique.

M. Porot (d'Alger). — Dans une classification mentale, il faut faire abstraction de toute tendance à sacrifier à une orientation ou à une optique trop personnelles. C'est le point de vue utilitaire qui doit seul nous préoccuper. Or, une telle classification ne peut viser qu'à deux fins : un but didactique ou un but d'amendement social, l'enseignement ou la prophylaxie. Dans son rapport, M. Desruelles nous a déclaré qu'il abandonnait le premier de ces points de vue et ne se plaçait que sur le terrain médico-administratif. Fort bien, mais pourquoi s'en est-il tant occupé cependant (en particulier par l'enquête qu'il a eu l'amabilité de faire auprès de ceux d'entre nous qui sommes chargés d'enseignement) ; cela pouvait prêter à l'équivoque et susciter des réponses inspirées de ce point de vue différent. Cela l'a amené à se montrer un peu sévère pour les principes de classification — en particulier l'étude des *syndromes* — qui ne sont peut-être pas les meilleurs sur le ter-

rain où il s'est placé, mais gardent toute leur valeur en vue de l'enseignement. L'initiation des étudiants à la Psychiatrie comporte une méthode très spéciale, essentiellement analytique et descriptive, comprenant, à sa base, l'étude des symptômes et des syndromes, c'est-à-dire de la réalité vivante, telle qu'elle se présente à nous, pour aboutir, par les avenues séméiologiques, à la nature des désordres et à la connaissance des entités nosologiques établies. Il n'y a pas d'autre méthode possible, je veux dire utile, pour l'enseignement clinique.

Puisqu'il ne s'agit ici que de faire œuvre sociale, et non pédagogique, inspirons-nous des buts à atteindre. Que veut-on ? Des documents et des statistiques sur la fréquence de telle espèce morbide en pathologie mentale. Dans quel but ? car il faut bien qu'il y en ait un ! nous ne comprendrions pas les statistiques par pure arithmomanie. Le grand mouvement contemporain qui a porté la médecine dans le plan social, l'oriente vers la prophylaxie, l'hygiène et la médecine préventive. Prenons donc ces directives dans l'établissement de nos statistiques et classifications, ce qui revient à dire que le point de vue étiologique doit être notre première préoccupation. Groupons nos malades, autant que la chose est possible, autour des causes connues pour d'abord combattre ce qui est évitable.

C'est pourquoi je félicite le Rapporteur d'avoir eu ce souci initial quand il a pris comme premier élément de division la notion de maladies *constitutionnelles* et celle de maladies *acquises*.

Il a été également bien inspiré, à mon sens, quand il a groupé autour de chaque facteur étiologique tout ce qui en relevait dans l'ordre mental : l'alcoolisme avec tous ses accidents : aigus, prolongés ou chroniques, la syphilis nerveuse avec ses divers aspects mentaux, des psychoses secondaires à la paralysie générale, démence qui a perdu aujourd'hui, grâce à la malariathérapie, son caractère d'irréversibilité et son autonomie rigoureuse.

Peut-être pourrait-on regretter que tous les grands désordres mentaux soient étiquetés « *maladies* ». La *maladie* est un lent et long processus dynamique qui suppose toujours une évolution en marche, quelque ralentie qu'elle soit parfois. A elle s'oppose l'*infirmité* et la *malformation,* qui sont des états statiques immuables. Aussi contesterai-je à son premier groupe le droit de s'appeler *maladies.*

Pour ma part, je proposerai une classification très voisine de la sienne, inspirée des mêmes grandes divisions, et qui n'en diffère que par quelques changements de mots, et quelques additions ou soustractions.

En voici le tableau :

I *Etats constitutionnels*	1. *Etats d'insuffiance quantitative.* — Congénitaux de la première enfance (de l'idiotie à la débilité mentale). 2. *Grands déséquilibres constitutionnels.* — Carences morales. — Perversions. — Mythomanie. — Délire pur d'imagination. — Déséquilibres de la sensibilité. — Grandes cénesthopathies. — Déséquilibres de l'émotivité. 3. *Cyclothymie. — Périodicité. — Manie. — Mélancolie.* 4. *Paranoïa simple. — Interprétation.*
II *Etats évolutifs et involutifs*	5. *Etats déficitaires juvéniles.* 6. *Psychoses séniles et préséniles. — Mélancolie d'involution.* 7. *Psychoses hallucinatoires chroniques.* 8. *Démences vésaniques.*
III *Maladies mentales acquises et secondaires*	9. *Epilepsie.* 10. *Infections aiguës et chroniques.* (*Délires et psychoses infectieuses et séquelles*). 11. *Syphilis* (toutes formes). 12. *Troubles humoraux et endocriniens. Auto-intoxications.* 13. *Alcoolisme* (toutes formes). 14. *Autres intoxications.* 15. *Traumatismes et séquelles.* 16. *Lésions organiques du névraxe.* (Tumeurs, encéphalites, scléroses en plaques, etc...).

I. — Le premier groupe comprend tout ce qui peut être rapporté à une disposition constitutionnelle, à un état congénital ou à une atteinte de la première enfance (avant le développement intellectuel) : *maladies et infirmités constitutionnelles.*

Après les *états d'insuffisance quantitative* allant de l'idiotie à la débilité mentale simple et dans lequel le crétinisme a sa place (au lieu de l'avoir au tableau III), je voudrais un groupe

important des *grands déséquilibres constitutionnels,* de ceux qui conduisent les sujets à l'inadaptabilité sociale et parfois même aux réactions antisociales. Et ce groupe comprendrait les grosses carences morales et les perversions (c'est à tort, à mon sens, que M. Desruelles range la débilité morale dans la débilité mentale), puis les grands mythomanes, les fabulateurs, les grands déséquilibrés de l'émotivité et leurs accidents fréquents, les grands psychasthéniques obsédés, douteurs, phobiques, avec leurs crises parfois si dangereuses pour eux. Ensuite viendraient les formes pures de la paranoïa simple et du délire d'interprétation. Un 4[e] chapitre, enfin, contiendrait les grands troubles de la cadence dans l'activité psychique : cyclothymie, périodicité avec leurs grandes manifestations : la *manie et la mélancolie* (exception faite pour la mélancolie d'involution).

II. — J'avoue ne pas avoir beaucoup de sympathie pour le titre proposé par M. Desruelles, pour les maladies du second groupe, qu'il appelle à la fois *constitutionnelles et acquises.* La disposition constitutionnelle n'y est pas toujours apparente ou du moins certaine. L'élément acquis se réduit souvent à bien peu de chose ou n'est parfois qu'un processus d'involution presque physiologique. La déchéance ou la désagrégation surviennent à un moment sans qu'on en saisisse toujours une raison suffisante. On sent très bien qu'il y a là réunion de deux éléments : quelque chose de préexistant, une débilité ou une fragilité latente, puis à un moment donné, cet état précaire et submorbide se met « à bouger » ; un élément évolutif apparaît.

Tout cela est vague et imprécis assurément. Mais tout cela correspond pourtant à des faits cliniques nombreux et divers. Pour marquer ce caractère dynamique surajouté à une disposition statique, je propose pour ce groupe intermédiaire, la dénomination d'*états évolutifs et involutifs.* Et voici les quatre grands blocs de faits que j'y rangerais :

D'abord les *états déficitaires juvéniles,* seul terme qui me paraisse acceptable en l'état actuel de nos incertitudes sur la démence précoce. Il y a trop de faits divers pour ces déficiences juvéniles, depuis le schizophrénique inadaptable jusqu'à l'encéphalitique profondément déchu, en passant par toutes les formes du déséquilibre, les confusions mentales chroniques post-infectieuses, les actions sournoises et prolongées d'un dérèglement neuro-végétatif, l'imprégnation cérébrale des

tuberculoses discrètes. Une seule chose les réunit, c'est leur défaillance devant la vie sociale normale, leur incapacité pragmatique. Ce sont des déficitaires jeunes ; c'est tout ce qu'on peut en dire au point de vue médico-administratif.

A l'opposé, il convient de grouper comme l'a fait le Rapporteur, tous *les états psychopathiques séniles et préséniles,* qu'il s'agisse de la simple involution sénile sans tare organique ou de la sénilité précipitée par la sclérose ou les lésions circulatoires. La mélancolie d'involution a sa place dans ce groupe, qui comprendra bien d'autres variétés morbides.

Je ferai une 3e place pour les *psychoses hallucinatoires chroniques,* de l'automatisme mental simple aux formes enrichies de délires secondaires à tendance évolutive. Ils sont du reste souvent conditionnés par de discrètes lésions organiques ou des désordres humoraux.

Enfin, j'accepte, avec M. Desruelles, qu'on réserve une place aux *démences vésaniques.* Je n'attache à ce mot aucune conception doctrinale ; mais j'y vois une façon commode de faire entrer nombre de sujets ayant traîné plus ou moins longtemps du déséquilibre ou de petites psychoses, et chez lesquels, à un moment donné, on voit apparaître un affaiblissement ou une désagrégation mentale plus ou moins rapides.

III. — Le 3e groupe comporte les *maladies mentales acquises et secondaires.* Celui-là répond directement à la préoccupation étiologique et à son corollaire de prophylaxie sociale, dont nous avons parlé. C'est celui qui soulèvera le moins de contestations puisque les chapitres qui le composent reposent sur des faits acquis.

Beaucoup de ces maladies s'expriment par des syndromes communs, comme la *confusion mentale* par exemple, pour les intoxications, les infections, les états commotionnels, etc... C'est ce qui explique que, dans ma classification, d'inspiration et de but étiologiques, la confusion mentale ne trouve pas une place autonome.

L'énumération inscrite dans notre tableau montre les faits que nous y rangeons.



Pour terminer, nous voyons que le tableau que nous proposons reproduit dans ses grandes lignes, les espèces morbides retenues par le Rapporteur.

Ce qui importe, c'est que, par des ajustements ou des amendements de détail, on arrive, au plus vite, à un plan bien arrêté et adopté de tous. L'avenir, avec ses notions nouvelles, obligera certainement à le retoucher. Mais il ne s'agit, actuellement, que de fixer un moment de nos connaissances psychiatriques. En tous cas, n'oublions pas qu'en matière de plan comme de programme, le meilleur, c'est celui qu'on réalise.

M. Henri Ey (Bonneval). — Le petit jeu de massacre est parfaitement facile quand il s'adresse à une classification psychiatrique pour la bonne raison qu'il ne peut y en avoir de tout à fait correcte. Si M. Desruelles nous en avait proposé une de parfaite, la « psychiatrie » serait terminée. Nous n'en sommes pas là. C'est dire que je m'associe à tous les compliments qu'on adresse à notre excellent rapporteur et que je me permets de le féliciter pour son énorme travail de documentation et son respect pour la tradition classique qui doit toujours être notre guide.

Dans les propositions concrètes que nous fait M. Desruelles et qui sont exposées notamment dans son tableau (p. 228 du rapport), je distinguerai deux parties. On nous propose une *énumération* (une nomenclature) et une *classification.*

L'*énumération*, pour être correcte, doit être complète et composée d'autant de parties distinctes qu'il y a de groupes de choses à diviser. A ce point de vue je ferai une difficulté à notre rapporteur. N'y a-t-il pas des rubriques en trop, autrement dit n'y a-t-il pas des rubriques qui font double emploi ? Notamment « le crétinisme » et surtout les « démences vésaniques » ? Que sont les démences vésaniques qui ne doivent être classées ni dans l'épilepsie, ni dans les psychoses périodiques, ni dans les délires chroniques, ni surtout dans la démence précoce, entité qui correspond exactement à cette ancienne désignation (Rapport Deny au Congrès de Pau 1904)? Quant aux omissions de l'énumération elles sont flagrantes et ont été corrigées par l'exposé oral, en ce qui concerne notamment « les psychonévroses ».

En ce qui concerne la *classification,* à l'apparence de classification (ou classification dite « mixte ») qui nous est proposée, je crois qu'il n'échappe à l'esprit de personne et de notre éminent collègue Desruelles, tout le premier, qu'elle est parfaitement illusoire. Une classification est un certain ordre introduit dans les choses en fonction d'*une* idée directrice

qui en constitue le principe. Dès qu'il y a plus d'un « principe » il n'y a plus de classification qui ne peut être à la fois séméiologique et étiologique. Mais il y a plus encore, le principe étiologique selon lequel M. Desruelles nous propose de classer les états psychopathiques, selon qu'ils *seraient* constitutionnels ou acquis, n'a pas de valeur pour établir « un cours forcé » car il ne s'impose nullement avec évidence. La meilleure preuve en est que l'on pourrait étendre à tous les états la désignation intermédiaire « d'être à la fois constitutionnel et acquis », et que l'on pourrait faire passer bien des rubriques ou des sous-rubriques d'un groupe à l'autre.

Si je passe maintenant à la partie proprement positive de ma discussion je dirais d'abord que pour cet accord, ce consensus, je suis prêt quant à moi à tous les sacrifices, c'est-à-dire que j'appliquerai la « classification » qui aura un cours forcé car ce sera, par cela même, la meilleure. Mais ce sacrifice il sera d'autant mieux accepté par tous qu'on le demandera moindre à chacun de nous. De là ce principe que j'aurais aimé voir inscrit comme première conclusion du rapport : *il ne s'agit pas de présenter une classification qui soit le plus près des faits possible, qui soit la plus scientifique, il s'agit de présenter une énumération de formes cliniques que chacun puisse admettre, en dehors de toute conception pathogénique ou étiologique*. Tel est le problème pratique. Je proposerai de le résoudre par l'adoption d'une nomenclature d'états envisagés strictement du point de vue sémiologique. — Voici par exemple *un type* d'énumération qui me paraît pouvoir rallier l'unanimité : 1er groupe, les *états d'arriération intellectuelle* ; 2e groupe, les *états de déséquilibre affectivo-instinctif* (dégénérés, pervers, anxieux, hyperémotifs, psycho-névrosés) ; 3e groupe, les *états épileptiques ;* 4e groupe, les *états maniaco-dépressifs ;* 5e groupe, les *états de désagrégation intellectuelle :* a) *états confusionnels aigus et chroniques ;* b) *états démentiels ;* c) *états de discordance ou démence précoce, ou schizophrénie ;* 6e groupe, *les délires systématisés chroniques* (ceux qui n'entrent pas dans le cadre des états paranoïdes des psychoses discordantes). Ce n'est pas sans concessions, sans renoncer à des étiologies qui paraissent bien acquises que chacun pourrait admettre cette manière de voir, mais l'effort me paraît indispensable pour la clarté. Comme on le voit c'est à une classification syndromique que je donnerai pour ma part une préférence et je ne suis pas en cela en désaccord avec notre rapporteur

puisque son énumération de 16 états psychopathiques est une énumération de *syndromes psychopathiques,* même s'il les appelle d'un autre nom.

Mais à côté de cette besogne pratique qui aiderait tant le travail de statistique et permettrait de s'entendre plus facilement. il est du devoir de chacun de contribuer par ses observations et ses idées personnelles à l'avancement de la science psychiatrique dont la *classification* est le programme que, à chaque instant, à chacun de nos travaux, tous, nous essayons de réaliser. Aussi insisterai-je sur ce deuxième principe (mis en pratique par Henri Baruk) : *à côté d'une énumération séméiologique des états psychopathiques il est bon d'annexer une table des facteurs étiologiques (hérédité, troubles toxi-infectieux, tumeurs, affections générales, facteurs moraux, réactionnels, etc...) et des états psychopathiques qui y correspondent.* Enfin, troisième principe : *autant l'énumération doit être sobre, générale et simple (pour faciliter l'accord), autant la table des facteurs étiologiques doit être analytique, « scientifique » (pour refléter la complexité des faits).*

Comme vous le voyez je ne suis pas bien loin ni des conclusions, ni de la méthode du Dr Desruelles à qui je renouvelle une fois encore, mes félicitations pour son très remarquable rapport.

M. Frantz Adam (de Rouffach). — Le Dr Desruelles a été chargé, par les médecins aliénistes de langue française, réunis à Rabat au printemps de 1933, de présenter devant le Congrès annuel, devant siéger à Lyon en 1934, un rapport sur la classification des maladies mentales. Le but de ce travail est de préparer l'adoption d'une classification française (et éventuellement internationale), qui, unifiée, permette d'établir des statistiques « moins inexactes ».

Pour parachever, en tenant compte des directives du Congrès, l'œuvre qu'il a si brillamment entreprise, notre distingué rapporteur et ami veut bien faire appel à la collaboration de quelques collègues qui, avec M. l'Inspecteur général docteur Raynier, ont déjà, eux aussi, étudié cette question de « l'unification des comptes moraux et des statistiques médicales ». Nous apportons ici à Desruelles, avec nos félicitations pour la façon dont il a rédigé et présenté son rapport si documenté, les résultats de nos premiers efforts

en vue de l'aider dans une tâche qui semble devoir être ardue.

Faire dans notre service l'essai absolument loyal de la classification proposée, nous a semblé être un moyen d'en apprécier la valeur pratique. Il demeure bien entendu que, comme Desruelles, et pour obéir du reste aux intentions et du Comité qui a proposé que soit rédigé ce rapport, et des congressistes de Rabat qui ont sanctionné cette proposition, nous sommes demeurés en dehors des hautes conceptions psychiatriques « *dogmatiques* et *scolastiques* ». Aider à la recherche d'une classification simple, ne prêtant pas à de grandes controverses, et pouvant être acceptée par tous, dans la pratique *asilaire*, est le but que nous nous proposons en intervenant dans cette discussion.

Comme il nous était impossible, à mon assistant, M. Papanicolaou, et à moi-même, de revoir en trois semaines tous les malades actuellement internés dans notre service, et de reprendre toutes les observations de ceux qui en sont sortis, ou y sont décédés, depuis l'Armistice ou même simplement depuis dix ou cinq ans, nous nous sommes bornés à appliquer la classification proposée aux malades entrés dans notre service en 1931. Nous avons, en somme, refait pour ces malades la statistique médicale qui doit, réglementairement, être présentée à l'administration préfectorale à la fin de chaque exercice annuel. Si nous avons fait choix de l'année 1931, c'est que cette année fut celle où nous collaborâmes pour la première fois avec M. Papanicolaou ; et aussi parce que ce travail pourra ainsi porter sur des malades ayant été longuement observés.

Il a été admis dans notre service, qui est celui des hommes assistés, en cette année 1931, 259 malades. Toutefois six d'entre eux, sortis et ramenés au cours de cette même année, ne figurent qu'une seule fois sur cette statistique qui portera donc sur 253 sujets.

Nous n'avons éprouvé aucune difficulté pour faire entrer dans la classification Desruelles 208 de nos malades, puisque les diagnostics que nous avions portés figurent dans cette classification. Il s'agit de 4 cas d'imbécillité, 14 de débilité mentale, 15 de manie, 23 de mélancolie, 3 de délires systématisés, 14 de démences précoces, 6 de confusions mentales, 79 d'alcoolisme, 10 d'épilepsie, 26 de paralysie générale, 9 de démence sénile, 2 de démence organique, 3 de psychopathies encéphalitiques.

Nous n'avons eu aucun cas à faire figurer sous les rubriques idiotie, démence vésanique et crétinisme dont nous reparlerons un peu plus loin.

Quarante-cinq de nos malades n'ont pu entrer de plein pied dans la classification proposée ; ce sont 10 maniaques-dépressifs, 12 paranoïdes, 2 sujets atteints, nous a-t-il semblé, d'hallucinose, un cas de syndrome délirant épisodique qui guérit assez rapidement. Et puisqu'il s'agit d'une classification « *à fins statistiques* », nous avons encore à mentionner, comme le font nos confrères suisses sur leur fiche statistique, 13 sujets non reconnus aliénés et 2 simulateurs (ayant avoué la simulation). Enfin, et au risque de passer pour bien mauvais clinicien, nous devons avouer que nous voudrions considérer cinq de nos malades comme actuellement inclassables ; nous dirons plus loin sous quelle rubrique nous voudrions les voir figurer dans une statistique médico-administrative.

Pour ce qui est des maniaques-dépressifs, Desruelles a répondu par avance à l'objection que nous lui faisons ; mais nous ne partageons pas sa manière de voir, qui est la suivante : ces malades, dit-il, « peuvent être facilement classés soit dans la manie, soit dans la mélancolie ». Or, certains de ces sujets se sont très nettement révélés alternativement maniaques et mélancoliques, et nous ne voyons aucune raison de les classer, de même que les très rares sujets présentant un état mixte, dans l'une des deux rubriques plutôt que dans l'autre. Aussi, préférerions-nous que l'on emploie, pour les uns et les autres de ces malades, le terme de psychose maniaco-dépressive (peut-être au pluriel), ou sinon, que l'on rétablisse les trois désignations de manie, mélancolie et psychose à double forme, cette dernière préférable, selon nous, à celle de psychoses périodiques. Et puisque Desruelles dit lui-même que les cas de manie et de mélancolie préséniles apparaissent toujours « chez des malades à constitution maniaco-dépressive », nous croyons que l'on aurait avantage à ne pas les distraire de cette catégorie de malades.

Le sort de nos douze « paranoïdes » nous inquiète plus que celui de nos maniaques-dépressifs. C'est, nous dira-t-on sans doute, parce que nous avons le tort de désigner sous ce vocable, que nous employons souvent substantivement, non seulement les sujets présentant un délire absurde, polymorphe (si l'on ose encore employer ce terme), en tout cas très

mal ou même nullement systématisé, mais aussi, faute de mieux, quelques rares malades, de constitution paranoïaque sans doute, présentant une bouffée délirante pouvant *socialement* guérir, du moins pour un temps. Le Professeur Claude qui, en 1925, employait encore, lui aussi, ces mots de *bouffées délirantes* et aussi de *pseudo*-bouffées délirantes, disait que « le pronostic en est grave, le passage à l'état *paranoïde* fréquent ».

C'est sans doute parce qu'il est demeuré affectivement très attaché à l'Ecole lilloise, qui a condamné ce terme, ou du moins conseillé de « renoncer à s'en servir » (Thèse de Nayrac, 1924. Article de Raviart et Nayrac, *in Ann. Méd.-Psych.*, 1925), que Desruelles a exclu, de sa classification même détaillée (page 28 de son rapport), le mot *paranoïde*.

Certes, quelques-uns de nos paranoïdes peuvent rejoindre nos malades autistes, discordants, inaffectifs, qui en tant que schizophrènes ont été classés, avec nos hébéphréno-catatoniques, parmi les déments précoces. Deux ou trois autres pourraient aussi être classés parmi les délirants systématisés, comme le voulait M. Rogues de Fursac, encore que leur délire soit bien peu systématisé. Mais de toutes façons il nous restera pour compte trois ou quatre malades dont nous aurions fait autrefois des délirants polymorphes (l'un d'eux, nettement dégénéré, guérit rapidement), que nous ne saurions comment faire entrer dans la classification Desruelles. Et c'est pourquoi, dans la nomenclature que nous avions, à une époque, avec notre ami Schutzenberger, rédigée pour l'Amicale, nous avions fait figurer trois catégories de délirants : les paraphréniques, les paranoïaques et les paranoïdes.

Bien que dans les *Annales Médico-Psychologiques* de 1928, Gordon de Philadelphie ait proposé de faire de l'hallucinose une entité clinique, je ne demanderai pas à faire entrer les deux malades pour lesquels nous avons porté ce diagnostic sous cette rubrique spéciale ; ne serait-ce que parce que le mot *hallucinose* est déjà employé dans deux sens différents. Mais c'est justement parce que avec Kræpelin, et d'autres encore sans doute, nous estimons qu'il existe en psychopathologie mentale un nombre relativement important de cas, soit difficiles à classer, soit « complètement incompréhensibles » (Kræpelin, édit. de 1921, vol. III, p. 394), que nous voudrions voir figurer dans la classification qui sortira de ces travaux, un titre spécial destiné à les englober. Dans un article de Cour-

bon (*Encéphale*, 1920), tout justement intitulé *Le Diagnostic des états psychopathiques atypiques,* nous voyons cet auteur, déjà père de maintes conceptions originales, préconiser l'emploi des termes « états psychopathologiques polymorphes ». La combinaison « Etats psychopathiques atypiques ou polymorphes » fournirait le titre sous lequel nous rangerions ces malades (au nombre de cinq dans notre statistique 1931), dont l'état nous paraît actuellement « incompréhensible » ; voire ceux présentant tout à fait exceptionnellement « l'épiphénomène hystérique ».

Pour ce qui est de la démence vésanique, nous admettrons, pour ne pas avoir à nous lancer dans une longue discussion, que, si nous n'avons pas eu de malades à classer sous cette appellation, c'est que des sujets ayant présenté des troubles mentaux pour la première fois en 1931 seulement, ne peuvent déjà avoir atteint ce degré de déchéance.

Desruelles ayant manifesté l'intention, louable, de « restreindre autant que possible les cadres de (sa) classification », pourquoi ne grouperait-il pas sous un vocable unique, autre que celui d'oligophrénie, si celui-ci lui paraît prétentieux, tous les infirmes psychiques congénitaux. Il pourrait faire figurer parmi eux, comme le font le professeur Ladame, et M. Bersot je crois, bien qu'il s'agisse en l'espèce d'une auto-intoxication, les rares cas de crétinisme pouvant se présenter. Du coup, quatre rubriques se trouveraient ramenées à une seule, et sans le moindre inconvénient.

Nous en avons terminé avec cette « controverse », si controverse il y a, à laquelle prête facilement, selon le mot de P. Garnier, rappelé par Desruelles, toute discussion sur la classification des maladies mentales. Le beau travail de notre rapporteur mérite de soulever des critiques et des controverses qui en souligneront l'intérêt. Nous espérons bien que la classification *unifiée*, qui sortira de ces discussions, aura, pour la rédaction des statistiques administratives *seulement*, chacun devant rester libre de penser psychiatriquement comme il lui plaît, « cours forcé ». Et les services de la *Statistique générale de la France* ne seront pas seuls à trouver profitable de « n'étudier, comme le demandait dans le rapport de l'Inspection générale en 1923 le Dr Raynier, que des documents établis d'une façon uniforme ».

M. J. Vié (d'Ainay-le-Château). — Dans son très intéressant rapport ainsi que dans les articles qu'il a consacrés à ce sujet, M. Desruelles expose de façon très complète les sources et la nature des diverses classifications.

Il y aurait peut-être lieu d'opposer plus qu'il ne le fait, les classifications scientifiques et les nomenclatures administratives, qui diffèrent totalement dans leurs moyens et dans leurs buts.

Tandis que la classification scientifique s'efforce de ranger des entités morbides (définies par l'anatomie, l'étiologie, la clinique, la pathogénie), de les subordonner suivant des principes logiques, et vise à présenter le tableau fidèle de nos connaissances, la nomenclature administrative a des ambitions plus modestes, mais par contre, elle doit faire face à des conditions impérieuses.

Il s'agit, non d'une vraie classification, mais d'une liste, d'une *nomenclature* susceptible de permettre à *tous* les médecins de placer *tous* leurs malades sous des rubriques commodes. A côté des entités nettement définies et indiscutées, elle doit comporter, sur les points où l'accord n'est pas fait, des groupements larges, compréhensifs, dépourvus de caractère théorique, ne pouvant prêter à l'équivoque, faisant en quelque sorte rayonner, autour d'états cliniques déterminés, une auréole symptomatique. C'est à ce prix seulement qu'on peut exiger des médecins qu'ils y fassent rentrer, lorsqu'ils rédigent les feuilles officielles, la totalité des cas complexes qu'ils ont observés. Une telle nomenclature n'est comparable ni aux classifications didactiques de l'enseignement, ni à celles des théoriciens.

Aussi croyons-nous que M. Desruelles, en cherchant à établir une vraie classification et en dépit de son remarquable effort pour éliminer la dégénérescence, périmée, et les syndromes pseudo-scientifiques, a dû fatalement introduire des notions que d'aucuns pourront critiquer. Ainsi la distinction des maladies constitutionnelles, constitutionnelles et acquises, acquises. Les encéphalopathies infantiles, source de l'arriération, ne peuvent être considérées comme toujours constitutionnelles, pas plus que, inversement, la part du terrain ne peut être négligée dans la clinique des psychoses infectieuses ou toxiques : rappelons le schéma du rectangle de Dupré, les idées de O. Bumke, sur les psychoses toxi-infectieuses.

Par ailleurs, le rapporteur fait renaître la démence vésani-

que, état « acquis et tardif », qui, certes, possède une réalité clinique, mais semble entrer dans la catégorie des syndromes évolutifs. Enfin, on peut regretter l'absence des psychonévroses (hystérie, psychasthénie, psychonévrose émotive) que tous ne consentiront pas à réduire à la psychose périodique, ainsi que celle des états réactionnels psychogènes, naissant sur des terrains variables. L'épilepsie, par contre, qui appartient si souvent à l'arriération, se rencontre au cours de maladies très diverses et forme difficilement de nos jours une unité.

Nous proposons, à titre indicatif, la nomenclature suivante, qui nous semble répondre aux conditions que nous avons énoncées :

I. — *Arriérations et insuffisances de développement.*
Idiotie, imbécillité, débilité mentale, crétinisme, perversité, épilepsie dite essentielle.

II. — *Déséquilibres mentaux et épisodes psychopathiques réactionnels :*

Paranoïaques, mythomanes et hystériques, psychasthéniques, hyperémotifs.

III. — *Psychose périodique* et accidents cyclothymiques.

IV. — *Démence précoce,* états discordants et hébéphréno-catatoniques.

V. — *Confusion mentale* aiguë et chronique.

VI. — *Délires chroniques,* interprétatifs, imaginatifs, hallucinatoires, paraphréniques, paranoïdes.

VII. — *Paralysie générale* et psychoses syphilitiques.

VIII. — *Alcoolisme* (aigu atypique, subaigu, chronique), toxicomanies.

IX. — *Encéphalite épidémique* et maladies infectieuses épidémiques du système nerveux.

X. — *Psychoses traumatiques.*

XI. — *Affaiblissement par artério-sclérose diffuse* et par lésions vasculaires localisées (*démence organique*).

XII. — *Démence sénile.*

Frantz Adam et Schutzenberger avaient eu raison, nous semble-t-il, d'ajouter à la nomenclature le cadre des simulateurs et des non-aliénés, ce qui ne paraît pas dépourvu d'intérêt au point de vue administratif.

G. Vermeylen (de Bruxelles). — Le rapporteur a visé un but pratique : celui de régler la classification administrative et

officielle en France. Il n'a pourtant pu, et il n'a sans doute pas voulu, la séparer entièrement de la classification psychiatrique. C'est ce qui m'autorise à relever d'abord quelques points d'ordre général.

La psychiatrie, comme toute science en formation, à toujours oscillé entre des excès d'analyse et des excès de synthèse. La tendance analytique est plus clinique et s'adapte mieux à la diversité des cas. Elle est restée longtemps purement symptomatique et embourbée dans l'étude des monomanies. La tendance synthétique a été une réaction nécessaire chaque fois que l'émiettement devenait excessif. Elle a généralement abouti à des entités tellement vastes qu'elles devenaient rapidement inutilisables pour la clinique ; telles les notions de dégénérescence, d'hystérie, de schizophrénie.

Entre elles s'est placée la tendance kræpelinienne. Kræpelin était avant tout un clinicien et un analyste mais qui n'en a pas moins bâti quelques grandes entités, qui subsistent encore. A l'abri de ces entités il s'est complu à un morcellement très grand pour essayer d'atteindre l'infinie diversité clinique.

En fait la plupart des grandes entités psycho-pathologiques ne tiennent pas devant la réalité clinique. Passer du manuel au malade est plus décevant en psychiatrie qu'en toute autre matière médicale. Il faut le dire, les grands types nosologiques décrits dans les traités sont rares à l'état pur. Pour un de ces cas purs on en voit dix où le type est esquissé ou seulement symptomatique. C'est pourquoi, malgré l'avis du rapporteur, je crois que la classification en syndromes est légitime et permet de donner une souplesse qui s'adapte mieux aux faits. On la retrouve fréquemment du reste dans les traités récents. Si elle semble moins employée dans l'enseignement c'est qu'étant déjà assez fine et complexe elle supporte une connaissance clinique assez poussée et s'adapte de ce fait assez mal à un enseignement élémentaire qui vise surtout à fixer dans l'esprit des élèves quelques notions très générales.

J'ai été heureux, à cet égard, de noter que M. Baruk classe ses malades par syndromes puis par étiologie. Cela ne démontre nullement l'insuffisance de la classification par syndromes mais la nécessité due à la dualité corps-âme, de classer par cause et effets à la fois.

J'ai adopté depuis longtemps déjà la même classification que j'applique actuellement à mon enseignement. Il existe

d'une part de grands syndromes mentaux (anxieux, maniaco-dépressif, schizophrénique, délirant, etc...), sur lesquels à peu près tout le monde est d'accord et qui prouvent qu'il n'y a au fond pas tant de confusion que cela en psychiatrie et qu'on s'entend sur les principaux modes de réactions psychopathiques des malades mentaux. Et d'autre part de grandes causes qui peuvent chacune déclancher chacun des syndromes : constitutionnelle (avec fragilité psychique élective), symptomatique (toxi-infectieuse, traumatique, involutive), réactionnelle et enfin dégénérative (avec fragilité générale et aptitude à faire tous les états psychopathiques) qui est l'apanage des débiles et des déséquilibrés.

En restant sur le terrain de la classification administrative il y aurait aussi plusieurs choses à dire. J'aurais pourtant quelques scrupules à m'en occuper si cette classification devait servir uniquement en France. Mais le rapporteur espère luimême, et très légitimement, qu'elle pourra aider à édifier la classification internationale. En la prenant telle qu'elle est je crois qu'il convient d'y signaler quelques lacunes :

1° La débilité morale me semble pouvoir être classée à part de la débilité mentale.

2° La rubrique : « maladies mentales constitutionnelles et acquises » me semble tout à fait inutile. Pour moi la démence précoce n'est ni plus ni moins constitutionnelle ou acquise que la manie dépressive par exemple. Ou mieux, il faudrait garder cette rubrique et supprimer celle des maladies constitutionnelles car ces dernières peuvent être, aussi bien que la démence précoce, acquises dans certains cas.

3° Je ne vois pas l'intérêt de la rubrique « démence vésanique ». Elle vise le lot des vieux malades d'asile. Mais avant de verser dans le dépotoir démentiel ils ont fait un syndrome caractérisé et c'est celui-là qui compte pour moi.

4° Je ne vois pas de mention des psychoses d'involution. Ce serait pourtant une erreur de les verser ou bien dans l'une ou l'autre maladie dite constitutionnelle suivant l'apparence : maniaque, mélancolique, délirante ou autre ; ou bien de les englober dans les démences préséniles et séniles, car ils ne sont souvent pas déments.

5° De même, il faudrait une rubrique pour les psychoses des débiles et des déséquilibrés qui font des syndromes psychi-

ques tellement atypiques dans leur forme et dans leur évolution qu'ils ne peuvent être classés dans l'un ou l'autre groupe ordinaire.

6° Enfin, dernière constatation. Cette classification ne vaut que pour les milieux asilaires. Mais la psychiatrie sort de plus en plus des asiles et s'intéresse de plus en plus aux malades justiciables, notamment, des services ouverts. Dès lors, la classification devrait comprendre au moins, les psychonévroses et les états psychopathiques liés aux maladies nerveuses.

Ces quelques réserves n'enlèvent rien au mérite de l'ensemble de la classification et ne prouvent que l'intérêt que j'y ai porté.

M. Hamel (de Nancy). — Le rapport de M. Desruelles est d'une parfaite clarté. Il a posé la question sans aucune ambiguïté et sa solution me paraît excellente. Je joins donc mes félicitations à celles des précédents orateurs. Toutefois, je demande au rapporteur la permission de lui faire quelques remarques, dans le but de coopérer pour une faible part au résultat de son beau travail.

Je n'insiste pas sur la nécessité de réduire à une simple nomenclature l'énumération des états pathologiques, puisqu'il s'agit d'une liste établie dans un but statistique.

Je me bornerai à formuler mon opinion au sujet de certaines dénominations. Le terme « oligophrénie » est utilisé par la plupart de nos confrères étrangers. Il désigne à la fois les états d'arriération correspondant à l'idiotie, à l'imbécillité et à la débilité mentale. Je propose de l'adopter.

Comme M. le Professeur Porot, j'aperçois la nécessité de réserver une place dans la nomenclature aux « grands déséquilibres constitutionnels ». La folie morale, d'une part, les états passagers d'aliénation mentale non évolutifs (bouffées délirantes, interprétatives ou autres), y trouveront place.

L'épilepsie suivrait avantageusement, dans la classification, les oligophrénies, du moins lorsqu'il s'agit de cette épilepsie dite « essentielle » dont les rapports avec les états d'arriération sont étroits.

La « démence vésanique » ne me paraît pas devoir être conservée. Elle représente des états terminaux, dont la formule primitive a donné lieu à un diagnostic différent.

La confusion mentale est un syndrome. Si bien individualisé qu'il soit au point de vue clinique, son étiologie se laisse

maintenant trop aisément déceler, dans la majorité des cas, pour que ce terme puisse continuer à désigner une entité morbide. En dehors des cas de confusion mentale d'origine émotionnelle, traumatique, humorale, etc... ce syndrome relève ordinairement de causes toxiques ou infectieuses. C'est pourquoi je réserverais une place dans la nomenclature aux « Psychoses toxi-infectieuses ». Il existe en effet des formes mentales relevant de cette étiologie, dans lesquelles on ne constate pas de confusion, mais d'autres symptômes : onirisme, excitation cérébrale, etc... Très fréquemment la psychose d'épuisement revêt l'aspect maniaque.

S'il est certain que la notion de syphilis intéresse au premier chef la nomenclature, et que la paralysie générale n'en est pas la seule manifestation, je n'oserais pas cependant prendre encore la responsabilité de passer sous silence la maladie de Bayle. Je reconnais cependant qu'il s'agit d'une réserve plus sentimentale que scientifique.

J'aimerais voir conserver la rubrique « encéphalite épidémique », qu'il y a lieu, jusqu'à présent, de distinguer d'autres psychopathies d'origine encéphalitique, en raison de la connaissance que nous avons des symptômes propres à cette maladie.

Ces petites modifications me paraissent logiques, mais non point nécessaires. J'émets au contraire le vœu que le très utile travail de M. Desruelles soit pris comme base d'une nomenclature générale française des maladies mentales, et, modifiée ou non, je suis persuadé que nous nous ferons tous un devoir de l'adopter dans nos rapports annuels.

M. J. Lauzier (de Clermont-de-l'Oise). — M. Desruelles voudra bien me permettre de m'associer très sincèrement aux orateurs précédents et de lui adresser mes plus vives félicitations. Par son beau rapport si documenté, il s'est acquitté, d'une façon très heureuse, de la tâche délicate qui lui était proposée.

Le problème de la classification des maladies mentales est en effet particulièrement difficile à résoudre, car nous avons tous un certain penchant à utiliser dans nos travaux, dans nos rapports, des classifications personnelles, qui cadrent mieux avec nos tendances individuelles. Bien typique à ce point de vue est la remarque de M. Desruelles, faite en par-

courant le rapport général des Asiles de la Seine. On y trouve 28 rapports médicaux et 26 énumérations nosologiques différentes, les deux autres rapports n'indiquant pas les diagnostics des malades ! Il y a là une anarchie qu'il était nécessaire de mettre en relief afin d'y porter remède. Comme le signale très justement le rapporteur, il est à désirer que chaque médecin adopte, à côté d'une classification personnelle, détaillée et basée sur tel ou tel caractère suivant les préférences et les vues dogmatiques de chacun, une nomenclature simple et restreinte à caractère purement médico-administratif.

C'est ce qu'a réalisé M. Desruelles dans le travail qu'il nous apporte aujourd'hui. La classification qu'il nous présente est simple, claire et suffisamment explicite. Elle a, à mon sens, le grand mérite d'être pratique. Le médecin qui acceptera de l'utiliser n'aura aucun embarras à ranger les diagnostics de ses malades dans telle ou telle catégorie. J'en ai fait l'expérience.

A ce propos, je tiens à féliciter le rapporteur d'avoir rétabli dans sa classification, le groupe des démences vésaniques. Il s'applique à un grand nombre de malades chroniques d'asile et il était injustement tombé peu à peu en désuétude.

Par contre, j'estime que la classification proposée présente une petite lacune. On rencontre actuellement dans les Asiles, surtout dans ceux qui traitent des pensionnaires, un nombre assez élevé de malades psychasthéniques, phobiques, obsédés, douteurs, petits anxieux, qu'il est assez difficile de classer dans le tableau proposé. Evidemment, ces psychopathes devraient être soignés dans des services ouverts, mais en l'absence de ceux-ci, ils viennent recevoir les soins nécessaires dans nos établissements ; aussi, je proposerais d'ajouter à la classification, un paragraphe relatif aux psychonévroses.

M. Huber, le Directeur de la Statistique générale de la France, que j'ai eu l'occasion de voir, il y a quelques semaines avec mon ami le Dr Desruelles, est absolument acquis au principe de l'adoption d'une classification officielle uniforme des aliénés. L'Administration centrale est également favorable à cette réforme. M. le Dr Raynier, Inspecteur général des Services administratifs, est entièrement d'accord sur la nécessité d'une unification des statistiques et il se dégage de la série de travaux publiés par M. Desruelles, que le souhait exprimé par M. Raynier dans son rapport de 1923 reste toujours le même que celui formulé par ses illustres prédécesseurs en

1874 et même avant. J'estime que l'heure est venue de chercher à réaliser cette réforme et le rapport de M. Desruelles nous sera d'un grand appoint pour y parvenir.

Jusqu'ici, les statistiques françaises des aliénés ont eu pour base l'inscription de chiffres sur des tableaux envoyés aux Préfectures et aux Etablissements d'aliénés. Tous les médecins-directeurs connaissent les états n° 10 et les difficultés de leur rédaction. Nous voudrions voir adopter un mode d'établissement des statistiques beaucoup plus moderne et beaucoup plus précis. Il s'agit de fiches individuelles établies dans chaque asile au moment de l'entrée et de la sortie ou du décès de chaque malade. Ces fiches comprendraient toute une série de renseignements démographiques et médicaux. Centralisées dans les services de la Statistique générale, dépouillées à l'aide de machines spéciales, ces fiches permettraient d'obtenir des résultats beaucoup plus exacts et comparables entre eux. Ce procédé, déjà employé en Suisse et en Italie, y donne toute satisfaction.

En terminant, je remercie encore notre collègue Desruelles de son remarquable travail ; je souhaite vivement que des réalisations pratiques viennent bientôt sanctionner ses conclusions dans le cadre national et j'espère que le Congrès d'Hygiène Mentale de 1936 permettra enfin d'adopter les éléments d'une statistique internationale uniforme des aliénés.

M. le Dr Bersot (de Neuchâtel). — Je ne puis que m'associer avec enthousiasme aux félicitations déjà adressées au Dr Desruelles pour son magistral rapport. Artiste collectionneur à l'éclectisme savant, notre collègue, dont la maison est un vrai musée d'art, s'est appliqué à collectionner les diagnostics psychiatriques posés par les psychiatres français d'autrefois et d'aujourd'hui, et même aussi par les confrères d'autres pays.

Il s'est efforcé d'ordonner cette documentation surabondante et a, pour cela, établi la classification qu'il présente au Congrès. Ce n'est donc pas là une classification d'école, ni une classification dogmatique, mais bien plutôt la résultante de toutes les classifications étudiées.

C'est donc une classification de conciliation qui tient compte du plus grand nombre de faits possible. En l'établissant, le Dr Desruelles rend à la psychiatrie française et internationale un inappréciable service.

M'occupant de la statistique internationale des maladies mentales, je forme le vœu que la classification que vous adopterez n'ait rien qui l'empêche de s'adapter à une nomenclature internationale. Or, je constate deux termes dans le projet Desruelles qu'il serait impossible de faire rentrer dans les cadres internationaux. Ce sont les termes : démence vésanique et confusion mentale, qui ne correspondent pas à des entités cliniques précises et s'appliquent plutôt à des syndromes. En acceptant de les supprimer, vous n'appauvririez pas votre nomenclature et lui permettriez d'être plus aisément confrontée avec celles d'autres pays.

Je verrais, par contre, avec plaisir apparaître les termes « *psychonévroses* » et « *psychopathies constitutionnelles* » ou, comme l'a proposé Porot « déséquilibres constitutionnels » qui existent dans la plupart des statistiques d'autres pays. Comme le Dr Hammel, enfin, j'estime que le terme « *oligophrénies* » au lieu d' « arrêt ou insuffisance de développement » a acquis actuellement dans tous les pays un droit de cité suffisant pour être aussi introduit dans la nomenclature française.

Messieurs, dans la vaste cité de la Statistique internationale, vous allez édifier un *pavillon français* dont le Dr Desruelles vient de tracer magistralement les plans et dont le Congrès d'aujourd'hui va, je l'espère, poser la première pierre. Je souhaite de tout cœur que cette édification se poursuive sans retard et que bientôt, à côté des pavillons déjà existant, à côté du magnifique pavillon italien où règne notre collègue et ami Modena, à côté du modeste pavillon suisse et de nombreux autres déjà terminés ou en voie de construction, nous ayons la joie de voir s'élever votre pavillon, harmonieux et sobre, où M. Desruelles nous introduira et qui, tout en s'accordant avec l'ensemble de la cité et en l'enrichissant, restera cependant bien conforme aux qualités de l'esprit français.

M. Fribourg-Blanc (du Val-de-Grâce). — Je tiens à féliciter bien vivement M. Desruelles pour son beau rapport qui constitue un remarquable travail de synthèse rassemblant les points de vue divers qui ont présidé à l'élaboration des classifications psychiatriques de nombreux auteurs.

M. Desruelles a bien voulu résumer, dans le numéro de juin des *Annales médico-psychologiques,* la classification que je

propose à nos médecins stagiaires au Val-de-Grâce et je l'en remercie.

Cette classification n'est pas établie sur une base étiologique, on notera, en effet, que les facteurs organiques peuvent intervenir aussi bien dans les infirmités psychiques congénitales que dans les névroses ou dans les psychoses. C'est ainsi que le même facteur organique, la syphilis par exemple, peut se trouver à la base de troubles psychiques des plus variés appartenant aux 3 grandes catégories ci-dessus.

Dans la catégorie des psychoses. cette classification sépare cependant les affections mentales chez lesquelles le facteur organique joue un rôle certain, de celles où ce facteur reste encore aujourd'hui pratiquement insaisissable. Cette discrimination se justifie par des raisons thérapeutiques et médico-légales (imputabilité dans certains cas).

Dans son ensemble, cette classification est basée sur les *syndromes psychiques*. Elle tend surtout à établir une catégorisation d'ordre *pratique*.

A chaque catégorie correspond, en effet, une évolution morbide particulière.

Le diagnostic psychiatrique est généralement lié au pronostic.

C'est le pronostic qui confère au diagnostic son véritable intérêt pratique.

En plaçant un malade dans tel ou tel cadre, on fixe en même temps la conduite à tenir à son égard. Une classification psychiatrique ne peut être considérée comme immuable. Celle que nous proposons n'a pour prétention que de préciser, autant que possible, l'état actuel de nos connaissances.

Dans l'avenir, les progrès des études anatomo-pathologiques et biologiques permettront sans doute d'élargir le cadre des psychopathies d'origine organique au détriment de celui des affections mentales dites « constitutionnelles ».

Quoi qu'il en soit des acquisitions futures, il faut actuellement, pour y voir clair dans la multiplicité parfois confuse des syndromes mentaux, des cadres bien définis susceptibles de fixer une limite aux hypothèses et de servir de base à la discussion du diagnostic différentiel. Ces cadres peuvent paraître un peu artificiels et parfois trop rigides, mais, du point de vue pratique, ils sont indispensables pour guider le médecin dans le pronostic qui préoccupe tant les familles et dans la décision médico-légale qui intéresse la société et l'état.

En milieu militaire, cette classification vise à aiguiller le médecin vers la conduite à tenir tant à l'égard du traitement que de l'aptitude au service et des droits éventuels à pension d'invalidité.

C'est ainsi qu'un militaire, classé dans la catégorie étiquettée « *Débilité mentale compliquée* » peut être considéré comme pratiquement incurable, inapte au service et non justiciable d'une pension d'invalidité. Tel autre, atteint de « *confusion mentale aiguë d'origine typhoïdique* » est justiciable d'une thérapeutique efficace, peut guérir et être maintenu en service et peut bénéficier d'une pension d'invalidité, s'il présente un reliquat appréciable de son état confusionnel (dysmnésie).

Notre classification détaillée insiste spécialement sur la catégorie des infirmités psychiques congénitales qui, dans le milieu militaire requièrent tout particulièrement l'attention du médecin en vue de la sélection des sujets à l'incorporation. C'est ainsi que nous distinguons :

Infirmités psychiques congénitales

1° Idiotie
2° Imbécillité } très rares chez les incorporés.

3° Débilité mentale :

- *a*) simple (insuffisance globale des facultés psychiques sans perversions) ;
- *b*) compliquées (perversions, délinquance, fugues, tendances dépressives, etc...).

4° Déséquilibre mental :

- *a*) simple (dysharmonie des facultés intellectuelles avec instabilité, impulsivité, vanité, ataxie de la volonté, troubles du jugement mais sans perversions).
- *b*) compliqué (perversions multiples, mythomanie, réactions antisociales et délits militaires).

On ne saurait en effet éliminer, de parti-pris, de l'armée, tous les débiles et tous les déséquilibrés. C'est affaire de degré

et de complications. La classification à cet égard sert de guide au médecin.

Ainsi donc, suivant le milieu dans lequel le médecin se trouve placé, il semble utile que la classification dont il se sert, sans s'éloigner de la classification généralement admise, soit adaptée plus spécialement dans ses détails au genre de sujets qui constituent sa clientèle habituelle, et cela dans un but essentiellement pratique.

Prof. A. Donaggio (Modène). — Il faut être reconnaissants à M. Desruelles pour le rapport si important qu'il a présenté, et qui considère d'une façon si étendue un problème des plus discutés. Nous sommes parfaitement d'accord avec le rapporteur et avec M. Combemale, qu'une classification destinée à un but statistique, administratif, ne peut pas avoir tous les caractères d'une classification scientifique.

Pour ce qui a trait à l'organisation statistique, et à la connaissance des éléments qui pourront contribuer à une statistique internationale, je présente la fiche officielle italienne, qui a servi à l'organisation statistique italienne, à laquelle M. Desruelles a fait allusion dans son Rapport, avec des termes si favorables.

Depuis huit ans, le bureau statistique des maladies mentales de l'Asile d'Ancone, dirigé par le professeur G. Modena, et qui est en rapport avec l'Institut central statistique de Rome, reçoit de tous les asiles de l'Italie ces fiches — dont nous donnons l'exemplaire — qui suivent le critère d'une classification mixte et adaptée au but statistique. La fiche a réalisé, depuis des années, aussi cette division en deux parties que récemment on a considéré nécessaire, par exemple par M. Adam : de ces deux parties, l'une (A) est destinée à l'entrée, l'autre (B) à la sortie des malades.

Je pense que cette fiche, consolidée par une expérience assez prolongée, puisse être prise en considération en vue d'une nomenclature pour la statistique internationale. La centralisation officielle italienne des renseignements uniformes obtenus par ces fiches permet des statistiques exactes, ainsi que M. Desruelles le reconnaît dans son remarquable Rapport.

M. Hesnard (de Toulon). — Je veux seulement d'un mot, après avoir loué le travail extrêmement utile du distingué

rapporteur, lui soumettre trois réflexions que m'a suggérées la lecture de sa classification personnelle.

I. Tout d'abord, en ce qui concerne le *principe de la méthode de classification* en général. Le rapporteur a-t-il remarqué que, de toutes les sciences médicales, c'est la Psychiatrie qui attribue le plus d'importance à la notion de classification ? Pourquoi ? Parce que c'est, de toutes, celle qui travaille sur les matériaux les plus inconsistants, les plus déroutants pour la connaissance. Or, prenons garde à l'*illusion de connaissance* que donne le classement, qui repose toujours, dans son principe même, sur une vue de l'esprit. Je doute qu'il y ait, en psychoses comme en matière de plantes ou de coquillages, des espèces fixes. Les psychoses sont toutes fonctions du terrain mental, de sa fragilité, de son attitude à la productivité morbide, de sa résistance à cette dissolution que nous appelons la démence, et même de la personnalité du sujet. Et je crois qu'établir, à la place de vrais diagnostics, des classes de maladies mentales, c'est faire (scientifiquement parlant), un travail de Sisyphe.

II. Ceci m'amène à lui dire qu'à mon avis, ce n'est pas un progrès notable que de compliquer la simple énumération très claire qu'il vient de nous donner en 16 classes (1 Idiotie, 2 Imbécillité, 3 Débilité mentale, etc.) d'une catégorisation en 3 grands groupes : maladies constitutionnelles — constitutionnelles et acquises — acquises. Ces notions d'acquis et de constitutionnel sont assez conventionnelles. Ainsi, dans les psychopathies infantiles, il y a tous les intermédiaires entre l'encéphalopathie embryonnaire qui donne l'imbécillité congénitale, et l'encéphalopathie infantile vraie, post-natale mais précoce, qui donne l'arriération « acquise ». Est-il sûr que toutes les manies, mélancolies, périodicités vésaniques soient constitutionnelles ? Qu'il le prouve. Je crois également qu'il y a des délires systématisés, à base d'automatisme mental, au sens de Clérambault, qui sont acquis. De même, il considère les démences précoces comme à la fois accidentelles et constitutionnelles. Il me semble plutôt que c'est un cas d'espèce. En tout cas je crois, jusqu'à preuve du contraire, à la possibilité d'apparition de certaines démences précoces méta-infectieuses en l'absence de tout terrain cliniquement prévisible, c'est-à-dire, par définition, constitutionnel.

Réciproquement, il y a des confusions mentales qui survien-

BUREAU STASTISTIQUE DES MALADIES MENTALES
(ANCONA)

A

Rédiger à l'admission et envoyer fin mois.

FICHE INDIVIDUELLE

Institut Psychiatrique ....

N° .... des malades internés dans l'année 19 ....

Nom et Prénoms ....

de (prén. du père) *et de* (nom et prén. de la mère) ....

né le .... *à* .... *(Prov. de* .... *)*

habitant à .... *(Prov. de* .... *)*

célibataire 1 ☐ *marié* 2 ☐ *veuf* 3 ☐ *divorcé* 4 ☐ *séparé* 5 ☐ *inconnu* 0 ☐

profession ou condition (a) ....

N° correspondant de la Nomenclature profes. (b) ....

illettré 1 ☐ *instruction élémentaire infér.* 2 ☐ *élément. supér.* 3 ☐ *instruction secondaire* 4 ☐ *instruction supérieure* 5 ☐ *inconnue* 0 ☐

religion : catholique 1 ☐ *israélique* 2 ☐ *autre, laquelle?* .... *inconnue* 0 ☐

Pour les internés au-dessous de quinze ans, indiquer la profession et la condition du chef de famille ....

Entré le ....

c'est la première admission dans cet asile? 1 ☐ *oui* 2 ☐ *non*

admissions précédentes .... { *dans cet asile n.* .... *fois* / *dans d'autres asiles n.* .... *fois* }

transféré de ....

Voir au dos

NOTE FAMILIALE

Nombre des fils des parents du malade ....

ordre de génération de l'interné (indiquer si l'interné est le 1er fils ou le 2e etc.) ....

	dans le père	dans la mère	dans les ascendants et collatéraux paternels	maternels	dans frères et sœurs	dans les fils
☐ 1 Maladie mentale	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
☐ 2 Maladie nerveuse	2 ☐	2 ☐	2 ☐	2 ☐	2 ☐	2 ☐
☐ 3 Alcoolisme	3 ☐	3 ☐	3 ☐	3 ☐	3 ☐	3 ☐
☐ 4 Syphilis	4 ☐	4 ☐	4 ☐	4 ☐	4 ☐	4 ☐
☐ 5 Tuberculose	5 ☐	5 ☐	5 ☐	5 ☐	5 ☐	5 ☐
☐ 6 Suicide	6 ☐	6 ☐	6 ☐	6 ☐	6 ☐	6 ☐
☐ 7 Criminalité	7 ☐	7 ☐	7 ☐	7 ☐	7 ☐	7 ☐
☐ 8 Autres : indiquer lesquelles?	8 ☐	8 ☐	8 ☐	8 ☐	8 ☐	8 ☐

N. B. — *Remplir* ■ *les petits carrés correspondants au malade et au degré de parenté*

NOTES PERSONNELLES

Epuisement 1 ☐

Intoxications 2 ☐ { alcoolisme 1 ☐ / cocaïnisme 2 ☐ / morphinisme 3 ☐ / autres 4 ☐ lesquelles? .... }

Infections 3 ☐ { tuberculose 1 ☐ / syphilis 2 ☐ / autres 3 ☐ lesquelles? .... }

Maladies de l'échange 4 ☐ { diabète 1 ☐ / urémie 2 ☐ / autres 3 ☐ lesquelles? .... }

Troubles des glandes endocrines 5 ☐ { thyroïde 1 ☐ / hypophyse 2 ☐ / surrénales 3 ☐ / génitales 4 ☐ / autres 5 ☐ lesquelles? .... }

Traumatismes 6 ☐

Maladies organiques du système nerveux 7 ☐

Criminalité 8 ☐

Conditions particulières de la vie. { fatigue 3 ☐ / autres 4 ☐ lesquelles? .... }

N. B. — *Remplir* ■ *les carrés correspondants au cas si possible.*
Indiquer toujours la diagnose (v. verso).

BUREAU STASTISTIQUE
(ANCONA)

B

Retenir cette fiche; remplir à la sortie ou à la mort et envoyer fin mois.

Fiche individuelle pour la statistique

Asile Psychiatrique de ....

Nom, Prénoms, Paternité

....

entré le ....

a été destiné au travail de ....

....

Période d'internement

ans .... *mois* .... *jours* ....

Diagnose après la période d'observation

....

Diagnose précisée

....

Sortie le ....

N. .... *des malades sortis dans l'année 19*

sous condition 1 ☐

guéri 2 ☐

pas à interner 3 ☐

confié à l'assistance familière 4 ☐

confié à l'assistance familière avec subside 5 ☐

confié à l'assistance étéro-famil. 6 ☐

confié à l'assistance étéro-famil. avec subside 7 ☐

transféré 8 ☐ *à* ....

évadé 9 ☐

....

....

Mort le ....

Cause de la mort ....

....

Autopsie ....

Epicrise ....

N........... *des morts dans l'année* ....

OBSERVATIONS

....

....

....

....

....

....

....

....

Signature

....

FORME MORBIDE

Phrenastenies 1 ☐
- avec cérébropaties 1 ☐
- sans évid. lés. cérébr. 2 ☐

Psychoses dégénératives 2 ☐
- Personalité psychopatique 1 ☐
- Folie morale 2 ☐
- Paranoïa et délire quérulants 3 ☐
- Psychose des prisons 4 ☐
- Psychopathies sexuelles 5 ☐
- Psychoses (hyster., neurast., phobie, ecc.) 6 ☐

Psychoses épileptiques 3 ☐
- Epilepsie essentielle 1 ☐
- Autres formes 2 ☐ lesquelles? ....
- Traumatiques 3 ☐
- Avec phrenastenie 4 ☐

Psychoses affectives 4 ☐
- Etat dépressif 1 ☐
- Etat maniaque 2 ☐
- Psychose maniaque-dépressive 3 ☐
  - circulaire 4 ☐
  - périodique 5 ☐

Démence précoce (autres schizophrénies) 5 ☐
- Ebephrenie 1 ☐
- Catatonie 2 ☐
- Paranoïde et paraphrenies 3 ☐
- Psychose sensorielle ou hallucinatoire 4 ☐

Psychoses toxiques endogènes 6 ☐
- Altér. sécr. int., cretinisme 1 ☐
- Autres 2 ☐ lesquelles ? ....
- Altération échange 3 ☐
  - indiquer lesquelles ....
- Epuisement 4 ☐

Psychoses toxiques exogènes 7 ☐
- Alcool.
  - Psychose alcoolique 1 ☐
  - alcool. chronique 2 ☐
  - Délirium tremens 3 ☐
- Diver.
  - cocaïne 4 ☐
  - morphine 5 ☐
  - pellagre 6 ☐
  - autres 7 ☐ lesquelles ? ....

Psychoses infectieuses 8 ☐
- Syphilis
  - Psychose syphilitique 1 ☐
  - Paralysie progressive 2 ☐
  - Taboparalysie 3 ☐
- Diver.
  - Encéphalite épidémique 4 ☐
  - Tuberculose 5 ☐
  - Typhus 6 ☐
  - Autres infections 7 ☐ lesquelles? ....
  - Délire aigu 8 ☐

Psychoses séniles 9 ☐
- Psychoses préséniles 1 ☐
- Mélancolie involutive 2 ☐
- Démence sénile 3 ☐
- Démence artério-scléreuse 4 ☐

Psychoses et encéphalopathies organiques 11 ☐
- Trauma 1 ☐
- Tumeur 2 ☐
- Autre neuropathie 3 ☐ lesquelles? ....

A non interner 12 ☐ **Sous observation 13** ☐

N. B. — *Remplir* ■ *les carrés correspondant au cas.*

Notes et observations

Indiquer les symptômes principaux

....

....

....

Signature ....

Les fiches sont noires pour les hommes, rouges pour les femmes.

nent à la moindre occasion, et peut-être sans occasion, chez des individus psychiquement fragiles, des confusions émotionnelles en particulier. Et je ne veux pas revenir sur le procès que nous avons fait à Limoges des « constitutions morbides ». Nous les avons limogées en rappelant seulement qu'il y a des constitutionnels de la paranoïa, de la cyclothymie, de la schizoïdie qui ne deviennent jamais des paranoïaques, des périodiques vrais, des schizophrènes et réciproquement ; maladie et terrain étant deux choses profondément différentes.

J'ajoute que vous ne pourrez jamais remplacer cette réalité clinique si fréquente qu'est la confusion mentale telle qu'elle a été définitivement fixée par mon maître Régis, réalité qui n'a pas encore de base histologique suffisante et qui est à distinguer des simples états toxiques et infectieux.

III. D'où ma troisième question au rapporteur. Où classe-t-il les accidents psychopathiques post-émotionnels (de guerre, par exemple) ? Et surtout, où classe-t-il un groupe *considérable* de malades dont il ne parle pas, si fréquent dans les maisons privées et les salles d'hôpitaux ? Les névropathes (anxieux, phobiques, obsédés) ? Pour moi, c'est une erreur que de les prendre pour des aliénés frustes, mélancoliques ou autres. Or, ce sont bien des malades à la fois constitutionnels et acquis. Mais ne pourrait-on pas en dire autant de la plupart des psychopathes ?

En conclusion, loin de moi la pensée de refroidir le zèle de notre éminent rapporteur et de laisser supposer que sa tâche a été inutile. Une classification est utile, mais seulement pour *l'enseignement* ou *l'administration*. Faire un diagnostic très précis, bien exprimé, et un pronostic dont dépend le traitement ; oui. Mais coller à tout prix une étiquette en symétrie avec d'autres étiquettes, c'est bien risqué. Entendons-nous d'abord sur la façon de dénommer les symptômes, puis les syndromes, et, quand on le peut, les maladies. Mais bannissons de notre langue administrative ou pédagogique les théories sur la constitution ou l'accident psychosique, qui ne devraient avoir droit de cité que dans les « templa serena » de nos Universités.

M. Henri Baruk (de Paris). — Je tiens tout d'abord à m'associer aux divers argumentateurs, pour féliciter très vivement M. Desruelles de son remarquable rapport, et de ses travaux si approfondis sur cette question.

Une classification idéale serait évidemment une classification étiologique, mais celle-ci supposerait, comme vient de le dire mon ami Ey, des connaissances très avancées. Dans l'état actuel de la psychatrie, il m'a semblé que la meilleure solution était d'adopter une *double classification : une classification par syndromes d'abord,* une *classification étiologique ensuite.* Cette double classification est en effet l'image des étapes que nous devons effectuer en présence d'un malade mental : dans une première étape, il faut définir le tableau psychopathique, et reconnaître l'existence, par exemple, de syndrome confusionnel, maniaque, mélancolique, hébéphrénique, catatonique, etc. Mais ces diverses étiquettes ne traduisent nullement des entités nosographiques, comme on le croit trop souvent, mais de simples syndromes cliniques. C'est pourquoi, dans une deuxième étape, grâce à l'examen médical complet du malade, et à l'investigation minutieuse des antécédents, on devra rechercher les causes des syndromes précédents, et l'on pourra ainsi dépister, par exemple, des psychoses toxi-infectieuses, toxiques, artério-scléreuses, traumatiques, etc... C'est cette double classification que nous avons adoptée dans notre rapport annuel de la Maison Nationale de Charenton.

En ce qui concerne la classification des syndromes cliniques, l'accord nous semble bien près de se faire entre les diverses tendances. Nous tenons toutefois à nous élever catégoriquement contre la suppression, proposée par quelques auteurs, de la « confusion mentale ». La confusion mentale constitue, à notre avis, un syndrome extrêmement précis, dont l'individualité est indiscutable. Sans doute, les confus apparaissent peut-être peu fréquents dans les services de chroniques ; sans doute, la confusion mentale, qui touche relativement peu la personnalité profonde du malade, est loin de conduire toujours à l'internement, et s'observe peut-être avec une plus grande fréquence dans les services hospitaliers aigus à titre de manifestations mentales symptomatiques, mais ce fait n'enlève aucune importance à ce syndrome dont l'intérêt clinique, pronostic et étiologique est capital, et qui, à notre avis, après les admirables travaux de Régis, succédant à ceux de Delasiauve et de Chaslien, ne saurait être mis en doute.

Il faut ajouter d'ailleurs qu'on ne saurait, comme on le croit trop souvent, fondre exclusivement la confusion mentale dans le cadre des psychoses toxi-infectieuses. D'autres

atteintes cérébrales peuvent déterminer un syndrome confusionnel typique parmi lesquelles il faut noter, au premier rang, l'hypertension intracranienne et les tumeurs cérébrales.

Réponse du rapporteur

M. M. Desruelles. — Comme l'a dit Paul Garnier, il y a peu de questions où la critique et la controverse trouvent plus à s'exercer que dans celle de la classification des maladies mentales. Dans cette discussion, nous n'avons pas rencontré « les dissentiments entre aliénistes » dont parlait Parchappe, mais un désir d'aboutir, et nous avons eu l'impression très nette que les divergences d'autrefois étaient atténuées, au point qu'une entente est possible actuellement pour présenter à l'administration un projet de nomenclature. Cela tient, d'une part, aux progrès qu'a fait la psychiatrie depuis la dernière discussion (1889) sur les classifications, et, d'autre part, au fait qu'à notre époque, personne n'adopte de classification univoque (purement symptomatologique, purement étiologique, psychologique ou anatomique) ; toutes les classifications actuelles sont mixtes, et dans l'état de nos connaissances, sont basées sur des données surtout étiologiques, anatomiques et même symptomatiques ; telles sont les classifications ou nomenclatures proposées par MM. Porot, Vié, Hamel, qui diffèrent peu de mon projet ; telles sont les nomenclatures italiennes et suisses. Une entente était possible parce que j'ai précisé le but modeste et restreint que je poursuivais : établir une classification (ou une nomenclature) à « cours forcé », pratique et médico-administrative qui permette l'établissement de statistiques uniformes, bases d'une statistique nationale générale qui puisse éventuellement s'adapter au projet de classification internationale que notre ami M. Bersot présentera au Congrès International d'Hygiène mentale de 1936.

De nombreux orateurs nous ont fait l'honneur de prendre part à cette discussion et je les remercie de s'être montrés aussi aimables à mon égard, aussi indulgents pour mon rapport.

Faisant allusion à cette discussion, M. le Président Herriot a terminé son discours d'inauguration par une invocation au grand savant lyonnais, André-Marie Ampère : « Que son ombre vous inspire et éclaire vos travaux. » Ce vœu a été exaucé, l'ombre d'Ampère nous a protégés, puisqu'à la suite

de la discussion, il reste une nomenclature pratique, mon projet largement amendé.

Dans mon exposé oral, en commentant ce rapport (que je présentais avec quelque appréhension parce que mes prédécesseurs avaient toujours échoué dans la question d'unification des classifications), j'exprimais la crainte d'un échec qui aurait été une tradition en France. J'ai comparé mon projet à un bateau qui glisse sur la cale de lancement et risque fort d'être torpillé, avant d'avoir pu naviguer. Or, ce bateau flotte, je vous en remercie, et loin d'être torpillé ou seulement désemparé, ses qualités de navigabilité se sont augmentées.

M. Vermeylen nous a dit qu'en écoutant les divers orateurs qui l'avaient précédé, il avait l'impression d'un referendum. Il a raison, et ce que je désirais, ce que j'ai obtenu dans cette discussion, c'est non seulement une consultation du Congrès, mais une collaboration.

J'ai établi mon projet dans un large esprit de conciliation ; c'est pourquoi, dans mon exposé oral, je l'ai déjà amendé. J'ai tenu compte des critiques qu'avaient bien voulu m'adresser mes amis F. Adam, René Charpentier, Demay et Lauzier en séparant, de la débilité mentale, la débilité morale qu'il est intéressant de distinguer au point de vue social ; en ajoutant à ma nomenclature les psychonévroses qui, dans l'avenir, à mesure de la création des services ouverts, seront traitées dans les asiles.

Lors de la rédaction de mon rapport, j'avais l'intention de me borner à une nomenclature, et si j'ai présenté une classification sous forme de tableaux avec des accolades, c'était pour sacrifier à la tradition et éviter le reproche (que n'aurait pas manqué de me faire notre aimable vice-président) de n'avoir traité qu'une partie du sujet.

Mais, comme je vous l'ai dit, la division en maladies mentales constitutionnelles et acquises (que Maurice de Fleury a appelées *destinées* et *accidents*), pouvait prêter à une très longue discussion. J'ai préféré l'abandonner et me borner à la nomenclature de la page 228 de mon rapport, où il est facile de supprimer les trois grandes divisions principales pour ne conserver que l'énumération augmentée des psychonévroses et de la débilité morale.

M. Jabouille regrette, dans la nomenclature présentée, l'absence des névroses et psychonévroses, demande la sup-

pression de la démence vésanique, et craint qu'en raison des difficultés et des divergences du diagnostic, les statistiques ne soient toujours vaines. Je ne crois pas à tant de divergences entre médecins qui ont adopté une même nomenclature, et d'une statistique uniforme et consciencieusement établie, on peut tirer des renseignements précieux.

Pour M. le Professeur Vlavianos, la confusion mentale n'est pas une entité clinique ; MM. Porot, Hesnard et Baruk l'ont défendue mieux que je ne pourrais le faire, et pour donner satisfaction à M. le Professeur Vlavianos, à M. Bersot et à M. Hamel, nous pourrons ajouter, après les mots confusions mentales, entre parenthèses : psychoses toxi-infectieuses endogènes.

Je répondrai à M. le Professeur Porot que, si j'ai demandé aux Professeurs à connaître la classification qu'ils utilisent dans leur enseignement, alors que je poursuivais un but fort différent, c'était pour connaître leur terminologie afin de choisir les termes les plus appropriés ou les moins discutables de ma nomenclature. Je suis très heureux que M. Porot ait admis qu'une nomenclature médico-administrative ne puisse employer une division par syndromes; après avoir relu deux fois son excellent livre « les syndromes mentaux », j'ai beaucoup hésité avant d'écarter les syndromes si utiles du point de vue didactique, mais insuffisants au point de vue médico-administratif. La classification proposée par M. Porot, comme celle de MM. les Professeurs Abadie et Lépine, s'inspire dans ses grandes divisions (psychopathies infirmités, psychopathies maladies) de celle de Régis, et elle se rapproche beaucoup de notre nomenclature où nous ajouterons les déséquilibres constitutionnels.

M. Ey préfère cependant une classification par syndromes. Nous avons donné longuement les raisons pour lesquelles la division par syndromes, qui est symptomatique, ne peut être utilisée dans un but statistique ; comme de nombreux orateurs, il rejette la démence vésanique.

Mon ami Frantz Adam a fait une expérience intéressante en appliquant ma nomenclature aux malades de son service. Comme il le demande, il est facile de grouper l'idiotie, l'imbécillité et la débilité mentale et d'y ajouter, malgré son étiologie endocrinienne connue, le crétinisme ; il désire une subdivision pour la folie à double forme, montre que quelques diagnostics sont particulièrement difficiles, et propose une

nouvelle rubrique : les psychoses atypiques. Enfin, il rejette la démence vésanique.

M. Vié nous reproche de n'avoir pas opposé plus nettement les classifications scientifiques et les nomenclatures administratives ; cependant, nous avons précisé le but que nous poursuivons au début de ce rapport, à propos des syndromes et dans le dernier chapitre (statistique). M. Vié groupe, comme F. Adam, les arriérations et insuffisances de développement, ajoute les déséquilibres mentaux, rejette la démence vésanique et regrette, comme F. Adam, que la nomenclature ne comprenne ni les simulateurs, ni les non aliénés. Je ne pense pas que l'on puisse ajouter à une nomenclature *des maladies mentales* les non aliénés et les simulateurs. Dans le projet de statistique des aliénés que nous allons réaliser sous la direction de M. l'Inspecteur général Raynier, avec la collaboration de F. Adam, Demay, Lauzier et Schützenberger, nous avons prévu une rubrique spéciale qui comprendra, à part, les non aliénés, les simulateurs et même les délinquants.

M. Vermeylen estime avec raison qu'il est difficile de se garder, en psychiatrie, d'un excès d'analyse comme d'un excès de synthèse.

En effet, dans le but que nous poursuivons, il y a deux dangers à éviter : une nomenclature trop longue, trop analytique, comprenant toutes les variétés nosologiques, ou une nomenclature trop réduite, trop synthétique. Mais cette discussion a montré justement que tous évitaient l'abondance comme la restriction excessives. Comme les orateurs qui l'ont précédé, M. Vermeylen demande que l'on ajoute à la nomenclature les psychonévroses ; il rejette la démence vésanique, et désire une rubrique spéciale pour les psychoses d'involution.

Mon ami le Dr J. Hamel présente une nomenclature personnelle, qui diffère peu de la mienne, où il préfère le terme de psychoses toxi-infectieuses à celui de confusion mentale. Il désire que la paralysie générale soit distincte des psychopathies syphilitiques, subdivision facile à réaliser. Comme MM. F. Adam et Vié, il désire un seul groupe pour les oligophrénies.

M. Lauzier m'avait amicalement fait, dès la publication du rapport, quelques critiques dont j'avais déjà tenu compte dans mon exposé oral, et comme F. Adam, mon ami Lauzier

a fait une expérience fort intéressante en appliquant ma nomenclature aux malades de son service.

Si M. Lauzier (comme MM. René Charpentier et Porot) admet la démence vésanique, non, bien entendu, comme une entité clinique, mais comme un groupement d'attente, M. H. Bersot, dans son utile intervention, affirme que la démence vésanique ne se trouve dans aucune classification européenne ; elle serait un obstacle à l'élaboration d'une statistique internationale. Nous devons nous incliner devant cet argument décisif.

C'est au point de vue militaire et de l'enseignement des élèves du Service de Santé que s'est placé M. le Professeur Fribourg-Blanc, et la débilité et les déséquilibres tiennent une place importante dans sa classification. Ceci montre la nécessité de placer sous une rubrique spéciale, comme l'a demandé M. Porot, les déséquilibres constitutionnels.

Je remercie M. le Professeur Donaggio de son aimable intervention. Je connaissais les remarquables travaux du Professeur G. Modena, cités à la fin de mon rapport, et, lors de la réalisation prochaine d'un projet de réforme des statistiques des maladies mentales, nous avons l'intention de nous inspirer des travaux italiens, en utilisant les fiches individuelles. La nomenclature ci-dessous est d'ailleurs très proche de la nomenclature italienne.

M. le Professeur Hesnard, élève de Régis comme M. le Professeur Porot, a défendu la confusion mentale. Ces termes doivent subsister dans notre nomenclature. Il demande d'y ajouter les psychonévroses et, comme me l'écrivait M. René Charpentier, voudrait une rubrique spéciale des psychoses post-émotionnelles. Nous pouvons les placer dans notre nomenclature.

M. H. Baruk, après avoir défendu la confusion mentale, nous a parlé de sa double classification, si ingénieuse : d'une part, les maladies mentales sont classées par syndromes, classification symptomatique ; d'autre part, elles sont classées par causes, classification pathogénique. Je ne pense pas que deux classements puissent être admis par l'administration, et je craindrais de trop compliquer les tableaux où figureront, par rapport à la nomenclature, le nombre d'entrées, de sorties et de décès. Cette classification étiologique n'étant utile que pour les entrées, on peut retenir la deuxième classification de

M. H. Baruk pour établir un tableau spécial des entrées, classement étiologique qui aurait un grand intérêt prophylactique.

Vous pourriez me reprocher de ne pas discuter, dans ma réponse, les idées émises par les divers orateurs qui ont pris la parole dans cette discussion, et de me borner, au contraire, à résumer leurs si utiles interventions. C'est que la nomenclature proposée n'était, comme je l'ai écrit, qu'un projet destiné à être amendé ; le but poursuivi est une nomenclature de conciliation où je dois tenir compte des avis exprimés lorsqu'ils sont partagés par la majorité.

La nomenclature présentée au Congrès se trouve donc modifiée : les oligophrénies (états de déficit intellectuel congénital ou acquis au cours du développement) forment un seul groupe avec 4 subdivisions (idiotie, imbécillité, débilité mentale, crétinisme) ; les déséquilibres constitutionnels y sont ajoutés, ainsi que les psychonévroses ; la psychose périodique comprend une subdivision de plus (la folie à double forme) ; les confusions mentales sont maintenues, mais une parenthèse en précise le sens ; les psychopathies syphilitiques sont divisées en 4 subdivisions (paralysie générale, tabès, démence syphilitiques, syphilis cérébrale) ; les psychoses séniles et préséniles sont divisées en deux groupes (démences séniles, psychoses d'involution) ; les psychoses traumatiques forment un groupe ; enfin, nous avons ajouté à cette nomenclature les psychoses post-émotionnelles et les états psychopathiques atypiques.

A la suite de cette nomenclature, on pourrait dénombrer les non aliénés, les simulateurs, et indiquer la maladie mentale des délinquants internés.

A regret, je suis contraint de supprimer les démences vésaniques, que j'auvais voulu ressusciter et que j'avais tenté de définir. Seuls, MM. René Charpentier, Lauzier et Porot les ont admise comme groupe d'attente, et M. Bersot, comme je l'ai dit plus haut, a donné un argument qui m'oblige à les supprimer, actuellement. J'ai l'espoir, dans l'avenir, que cette entité nosologique sera reprise, car elle correspond à une évolution des maladies mentales cliniquement indiscutable.

La nouvelle nomenclature qui résulte des modifications apportées dans mon exposé oral, et surtout demandées dans la discussion, comporte maintenant XVII divisions principales :

1°) Etats de déficit intellectuel congénital ou acquis au cours du développement des facultés intellectuelles (oligophrénies)
- *a*
  - Idiotie.
  - Imbécillité.
  - Débilité mentale.
- *b* Crétinisme.

2°) Déséquilibres constitutionnels (débilité morale, folie morale, perversions instinctives, etc.).

3°) Psychonévroses (neurasthénie, psychasthénie, etc.).

4°) Psychoses périodiques (maniaque dépressive)
- Manie.
- Mélancolie.
- Folie à double forme.

5°) Délires systématisés (paranoïas)
- Délire d'interprétation.
- — d'imagination.
- — de revendication.
- — hallucinatoire chronique.

6°) Démences précoces (hébéphrénocatatonies, schizophrénies, folie discordante, confusions mentales chroniques, démences paranoïdes).

7°) Confusions mentales (psychoses toxi-infectieuses et auto-toxiques, délire aigu, encéphalites psychosiques).

8°) Intoxications exogènes
- Alcoolisme
  - Aigu.
  - Chronique.
  - Démentiel.
- Autres intoxications
  - Opium.
  - Morphine.
  - Héroïne.
  - Cocaïne.
  - Barbiturates, etc.

9°) Psychopathies syphilitiques
- Paralysie générale.
- Tabes.
- Syphilis cérébrale.
- Démences syphilitiques.

10°) Psychopathies de l'encéphalite épidémique.

11°) Psychoses traumatiques.

12°) Psychoses post-émotionnelles.

13°) Démences organiques.

14°) Psychoses séniles et préséniles (démenees séniles, psychoses d'involution présénile).

15°) Epilepsie.

16°) Etats psychopathiques atypiques (diagnostic exceptionnel ne rentrant dans aucune des catégories précédentes).

17°)
- *a* non aliénés.
- *b* simulateurs.

J'ai la certitude que cette nomenclature sera adoptée par l'administration, M. l'Inspecteur général J. Raynier a bien voulu me l'écrire. M. Huber, Directeur de la Statistique géné-

rale de la France, que nous remercions, mon ami Lauzier et moi, de nous avoir si aimablement reçus, désire la collaboration des médecins, et admet la nomenclature qui résulte de la discussion. Il n'y aura donc aucun obstacle de la part de l'administration, et nous allons établir, avec les collaborateurs que j'ai déjà nommés, un modèle de rapport médical annuel, et de nouveaux états statistiques que nous présenterons à une Assemblée générale de l'Amicale des Médecins des Asiles.

J'ai été très heureux de constater que l'expression de Baillarger « classification à cours forcé » si souvent citée, n'avait provoqué aucune protestation. Ceci montre que nous sommes tous entièrement d'accord sur la nécessité de l'unification de la nomenclature et des statistiques.

Avant de terminer, je dois remercier M. l'Inspecteur général Julien Raynier qui m'a donné de précieuses directives avant l'élaboration de ce rapport, qui en a suivi la rédaction, et m'a permis de vous apporter son opinion si autorisée. M. René Charpentier, souffrant, m'écrit qu'il ne peut assister à la discussion, ce que je regrette bien vivement, à tous points de vue. Je dois le remercier de son inlassable amabilité, et des conseils précieux qu'il m'a donnés et que je suis heureux d'avoir suivis.

En conclusion, après la discussion, nous avons une nomenclature un peu arbitraire, provisoire (car elle devra être révisée périodiquement dans l'avenir), qui ne soulève que peu d'objections, qui sera adoptée administrativement, et permettra l'établissement de nouvelles statistiques nationales, moins inexactes, et une unification internationale ultérieure. Les données statistiques qui en résulteront doivent avoir la plus heureuse influence sur la prophylaxie des maladies mentales.



COMMUNICATIONS DIVERSES

COMMUNICATIONS DE PSYCHIATRIE

Les hallucinations psycho-motrices verbales et le problème général des hallucinations

par M. Henri Ey (de Bonneval)

L'automatisme d'expression et d'élaboration verbales tel est le centre du problème que posent les aspects cliniques bien connus sous le nom d' « hallucinations de l'ouïe », « psychiques » ou « psycho-motrices ». Comment pour Séglas les « hallucinations psychiques » sont des hallucinations psycho-motrices, ce point d'histoire de la psychiatrie est trop classique pour que nous osions y insister ici. Quelle valeur a l'activité hallucinatoire verbale, quelle idée on peut se faire par l'analyse clinique et psychologique de ces faits, quelle place ils occupent dans l'ensemble des états hallucinatoires et de quel secours ils peuvent être pour pénétrer l'intimité du trouble hallucinatoire, tels que sont les divers points que nous avons étudiés ailleurs (1) avec quelques détails. Nous nous proposons ici d'exposer quelques aspects de ce vaste problème.

Le problème général de l'automatisme psychique. — Considérer l'ensemble des troubles psychopathiques comme directement engendrés, produits par des lésions qui fabriquent au sein de l'activité psychique des pensées et des volitions étrangères, une personnalité néoformée dans la personnalité, telle est la théorie mécaniste de l'automatisme mental. Nous avons tenté d'indiquer qu'une telle vue des choses aboutissait à creuser un hiatus infranchissable entre l'activité nor-

(1) Hallucinations et délire. *Les formes hallucinatoires de l'automatisme verbal.* Préface du Dr Séglas. Chez Alcan, 1934.

male et le trouble psychopathique, car elle en est réduite, pour maintenir la différence de l'automatisme mental normal et de l'automatisme mental pathologique à considérer qu'il y a deux plans de pensée hétérogènes, que le plan pathologique est entièrement néoformé et sans rapports avec la masse de l'activité automatique normale qu'est la personnalité.

Considérer inversement l'activité pathologique comme entièrement régie par les tendances inconscientes c'est affirmer avec les psychanalystes qu'il n'y a pas de fortuit dans le fait psychiatrique qui exprime toujours la finalité de la personne instinctivo-affective c'est par conséquent se heurter, à l'inverse des théories mécanistes, à la difficulté de l'écart qui sépare les faits normaux des faits anormaux. C'est se heurter à la structure souvent impénétrable des troubles mentaux.

Une seule hypothèse puisant ses sources dans Hughlings Jackson et telle qu'elle se dégage des travaux de Janet et de Bleuler permet d'échapper à ces difficultés fondamentales. Cette hypothèse peut se formuler sous un aspect « dynamique ». Tout se passe comme si, sous l'influence de facteurs divers et notamment organiques, l'activité psychique, en régressant à des niveaux fonctionnels de plus en plus archaïques déployait ainsi tous les aspects de la psychopathologie de telle sorte que celle-ci se présente comme l'ensemble des déformations que subit la personnalité du malade.

Comment doit être envisagé le problème des hallucinations psycho-motrices verbales dans le cadre de cette hypothèse ?

Le problème des hallucinations psycho-motrices verbales. — En dehors de toute vue théorique et de toute dénomination technique ce problème est celui-ci : Comment le malade croit-il *entendre* ou *subir* sous la forme de voix son propre langage articulé ou intérieur ?

L'explication *mécaniste* — la première qui se soit appliquée à ce problème et on doit lui en savoir gré — exigeait que le langage hallucinatoire soit considéré comme une libération de mots et de phrases plus ou moins complètement prononcés dus à l'ébranlement des centres d'images kinesthésiques verbales. Si le centre était fortement stimulé il y avait *impulsions verbales,* s'il était modérément excité, il y avait *hallucinations psycho-motrices proprement dites* (le malade proférait incomplètement les mots), s'il était très légèrement exalté il s'agissait *d'hallucinations kinesthésiques ver-*

bales très voisines des hallucinations psychiques. Dans cette hypothèse de l'épilepsie des centres d'images c'est l'apparition mécaniquement automatique de mots et de phrases qui entraîne l'halluciné à devenir un délirant qui finit — assez naïvement, on en conviendra — par croire tout ce que ses lésions lui racontent !

Séglas n'a pas tardé à s'apercevoir que les relations du délire et des hallucinations étaient moins naïves et simples et peu à peu il a abandonné cette théorie mécaniste (1).

Une *théorie purement « psychogénétique »* et spécialement freudienne d'automatisme verbal n'a jamais été exposée dans son ensemble à notre connaissance. Elle se trouve éparse dans bien des travaux de psychanalyse. Elle a inspiré plus ou moins directement tous ceux qui, avec Claude et Ceillier, ont insisté sur le rôle des affects refoulés dans les délires d'influence. En tout état de cause il ne peut s'agir que d'un groupe de faits plus ou moins considérables mais non de l'ensemble des états d'automatisme verbal.

Pour nous, abandonnant, et nous pensons pouvoir dire avec l'approbation de Séglas, les distinctions commandées davantage par les exigences de la psycho-physiologie de la fin du siècle dernier, nous pensons que l'on peut ranger les formes de l'automatisme verbal sous deux aspects principaux. Tantôt en effet les malades se plaignent de *penser* ou de *parler* des idées ou des paroles qui leur sont « envoyées ». Tantôt ils se plaignent d'entendre ou de sentir (au bout de leurs lèvres, à l'épigastre, dans la langue, etc...) des paroles auxquelles ils ne sont pour rien qui sont *pensées* ou *parlées* en dedans d'eux mais sans leur participation. Dans le premier cas il s'agit de « *phénomènes imposés* », dans le deuxième il s'agit de « *phénomènes étrangers* ». Or, loin que les premiers expliquent les seconds, l'analyse permet de discerner que, représentant un niveau de dissolution plus élevé, les « phénomènes imposés » doivent nous aider à comprendre les « phénomènes étrangers » dans cette marche qui va de la pensée vigile, de la personnalité normale à la pensée décomposée de la personnalité altérée. Au sentiment de l'unité de la personne qui

(1) Nous avons notamment analysé, dans notre petit volume, cette évolution des idées, qui lui a fait décrire de plus en plus de « pseudo-hallucinations », c'est-à-dire d'illusions dans la résonance du langage intérieur.

résiste à tous les automatismes particuliers dont cette unité est faite à l'état normal, se substitue les influences pathologiques, un sentiment d'influence d'abord, un sentiment d'automatisme ensuite, si la dissolution est plus profonde.

Les ÉTATS HALLUCINATOIRES d'automatisme verbal représentent donc des plans correspondant aux troubles généraux qui envahissent la conscience du sujet sous la forme de sentiments d'influence ou d'automatisme. Ces états s'accompagnent en général de toute une série de troubles intellectuels et affectifs qui décèlent sous et autour de l'activité hallucinatoire ce que dans le langage ancien on nommait *le délire* qui a été si souvent comparé au rêve.

Mais il n'y a pas que des *états hallucinatoires*. N'est-ce pas un des grands mérites de Séglas d'avoir avec Barat tracé la ligne générale de l'évolution des hallucinations verbales ? Baillarger disait déjà que : « Il faut bien distinguer les hallucinations liées à un état plus aigu des fausses hallucinations de l'état chronique où ces fausses hallucinations entrent pour un grande proportion ». De même en 1903 Lugaro écrivait : « Dans les états chroniques avec délire de persécution variés et complexes, qui sont considérés généralement comme richement hallucinés, les hallucinations sont beaucoup plus rares qu'on ne l'écrit ». Nous renvoyons à l'article de Séglas (1913) qui insiste et définit l' « ATTITUDE HALLUCINATOIRE », une « attitude d'objectivation ». Elle se présente elle-même sous deux formes, soit qu'elle exprime le travail de désagrégation des fonctions idéo-verbales et elle représente alors le développement d'un état hallucinatoire qui se dégrade au fur et à mesure que l'activité qu'il exige s'appauvrir jusqu'à l'anéantir, soit qu'elle représente une dépossession (Lévy-Valensi) délirante et souvent obsédante (1) de l'idéation et du langage intérieur sans altération effective de la personnalité psychique. Nous rappellerons seulement les travaux de Séglas, Claude, Masselon, Blondel, etc... sur cette *attitude d'objectivation*.

Les délires hallucinatoires verbaux et leur évolution. — Nous laissons de côté pour l'instant les *délires hallucinatoires de persécution* avec hallucinations de l'ouïe (type Lasègue

---

(1) Cf. note article CLAUDE et EY. — Hallucinations. Pseudo-hallucinations et obsessions. *A.M.P.*, 1932.

Falret), très voisins des délires d'interprétation de Sérieux et Capgras et qui évoluent avec une très remarquable intégrité des capacités et de la personnalité du malade.

Les *délires d'influence* (Séglas) nous paraissent se présenter sous trois formes cliniques évolutives principales :

Tantôt il s'agit d'*états hallucinatoires* avec activité hallucinatoire s'exprimant le plus souvent sous l'aspect de sentiments d'automatisme et de « phénomènes étrangers ». Ces états se dépouillent peu à peu de leur forme hallucinatoire et deviennent pur langage inconsistant, monologue, incohérence de plus en plus vide, exophasie (type schizophrénie ou démence paranoïde).

Tantôt il s'agit d'*états hallucinatoires* avec syndromes d'influences ou d'automatisme, phénomènes imposés ou étrangers dont la forme hallucinatoire si immédiatement liée à la lutte intérieure, aux conflits plus ou moins conscients s'efface au fur et à mesure que le malade submergé par ses tendances imaginatives et compensatrices s'installe dans son délire et notamment dans son délire de grandeur ou fantastique (type paraphrénique ou psychose paranoïde).

Tantôt enfin il s'agit de délires d'influence ou les *états hallucinatoires* sont très fugaces et l'attitude hallucinatoire particulièrement importante. Ils représentent avant tout le développement d'un système de croyances (possession spirite, diabolique ou érotomanique) qui les apparentent aux mécanismes hystériques. Ce sont les délires d'influence les plus purs (type d'observation de l'amoureuse de prêtre, de Séglas et les cas décrits par Claude, sous le nom de syndrome d'action extérieure).

Le problème des hallucinations psycho-motrices et le problème général des hallucinations. — Les formes hallucinatoires de l'automatisme verbal se présentent comme des troubles de l'activité psychique idéo-verbale qui dégradent de plus en plus le sentiment de l'unité du moi. Il est *inutile et superflu* d'émettre l'hypothèse d'une néoformation positive, neutre et élémentaire pour expliquer cet automatisme, le même que l'on retrouve impliqué et enseveli dans l'activité psychique normale.

A ce point de vue l'activité verbale hallucinatoire est un trouble voisin d'une autre dissolution fonctionnelle, celle de l'intégration des données du corps propre dans l'unité cor-

porelle. C'est ainsi que la clinique nous offre fréquemment mêlées les deux formes de dépersonnalisation : morale et physique. Mais de même que les formes hallucinatoires de l'automatisme verbal ne dépendent pas de troubles élémentaires et, pour ainsi dire, formels du langage, les syndromes de dépersonnalisation physique (ou dysesthésiques) doivent être envisagés comme des troubles plus élevés de fonctions plus complexes et plus fragiles que de simples troubles cénesthésiques.

La différence avec les *hallucinations visuelles* nous paraît au contraire notable. La vue est le sens qui admet le moins de doute et de perplexité. Les données visuelles règlent notre comportement en nous fournissant les matériaux de la représentation du monde objectif, mais nous ne nous servons pas de nos yeux pour voir en nous-même, pour nous représenter notre personnalité. La fonction visuelle très ancienne et très fixe subit néanmoins des troubles dans certaines conditions normales (le rêve, les illusions) ou pathologiques (altérations de la sphère visuelle). L'activité hallucinatoire visuelle dont le type est l'onirisme, est hallucinatoire au maximum, c'est une projection dans le monde des objets. Cependant dans ses formes les plus dégradées (états oniroïdes) cette activité hallucinatoire peut se trouver liée au sentiment d'influence (visions artificielles, suggérées, etc...) aussi peut-on les rencontrer associées aux formes hallucinatoires verbales dont nous venons de parler, comme par exemple dans l'encéphalite. En règle générale, toutefois, l'activité hallucinatoire visuelle n'entraîne pas cette attitude d'objectivation si fréquente dans l'évolution des délires hallucinatoires verbaux, elle se prolonge plutôt sous la forme d'idées fixes post-oniriques. Nous trouvons là une raison de plus (1) de croire qu'il y a entre ce que l'on appelle les hallucinations des divers sens des différences très profondes, des modes de penser différents.

L'étude des hallucinations psycho-motrices verbales en nous faisant prendre le malade en flagrant délit d'erreur (il parle et il croit qu'on lui parle) nous incline à restituer à l'ensemble des troubles que l'on groupe sous le nom d'hallucina-

---

(1) Cf. notre rapport à la Société suisse de Psychiatrie. *Archives suisses de Psychiatrie*, 1933.

tions l'unité qui les caractérise c'est-à-dire l'*erreur,* l'illusion autrement dit encore le délire. Nous ne devons pas prendre à la lettre les déclarations du malade, pas plus que nous ne nous précipiterions au microscope pour y chercher, sous la forme de lésions « irritatives » ou « sonores », ce fil « électrique » qui le ronge ou cette voix qui résonne dans leur tête... L'hallucination, perception sans objet, ne doit tout de même pas être considérée comme un objet. C'est un trouble qui, s'introduisant dans l'activité psychique, en fausse les opérations. Reflet sans doute de ce trouble, elle reflète aussi la personnalité de l'halluciné. Celui-ci ne reste pas passif et inerte ni dans une condition telle qu'il « HALLUCINE » ses « contenus de conscience » plus ou moins altérés.

Le trouble organique, le processus générateur dont le rôle est si considérable comme condition de l'activité hallucinatoire ne fait pas des symptômes (hallucinations) de rien. Il les produit en déformant l'activité psychique et la personnalité, synthèses si fragiles dont on retrouve les linéaments (croyance, tendances affectives, etc.) dans le mécanisme des symptômes. Il ne crée pas, en tout cas, un petit embryon matériel, distinct de la personne de l'halluciné avec lequel, à mesure qu'il grandirait, celui-ci soutiendrait une conversation et par lequel il serait informé de son délire ! Qui ne voit, en effet, qu'une telle interprétation est le délire même du malade ? Cette conversation, ce délire, la personnalité normale les contient, le trouble organique les libère. Il faut, et c'est, croyons-nous, ce qui se dégage le plus nettement de l'étude des hallucinations psycho-motrices verbales, il faut voir dans l'activité hallucinatoire, un trouble profond et général et non point superficiel et partiel, nous dirions presque, songeant à nos malades d'asile, qu'il s'agit d'un trouble du comportement dans son entier.

Automatisme mental semblable évoluant depuis 20 ans chez deux jumelles identiques

par MM. G. de Morsier et R. Junet (Genève)

J'aimerais vous conter brièvement l'histoire de deux jumelles identiques sans pouvoir, dans le peu de temps dont je dispose, tirer de cette histoire tout l'enseignement qu'il comporte pour la science de l'hérédité et l'étiologie des psychoses. Ces différents points feront l'objet d'un plus long travail.

Fanny et *Pauline* F..., nées le 6 octobre 1863 à Genève, ont toujours été d'une si grande ressemblance qu'elles étaient fréquemment confondues par leur propre famille. Elles sont élevées ensemble jusqu'à l'âge de 15 ans. Puis elles se séparent pour gagner leur vie, l'une comme couturière, l'autre comme blanchisseuse, puis comme domestique.

A l'âge de 31 ans, Pauline part pour l'Angleterre, où elle reste 6 ans. Pendant ce temps, Fanny reste au pays et se fiance avec un jeune homme qui meurt 3 ans après à l'âge de 28 ans, d'une maladie de cœur. Elle en est profondément affligée. En 1902, à l'âge de 39 ans, Pauline passe d'Angleterre en Amérique et se fixe à New-York comme couturière. Quelques mois après, Fanny la rejoint et toutes deux habitent ensemble et exercent le métier de couturières. Elles se séparent parfois pour accompagner des familles dans leurs déplacements.

C'est au cours d'un semblable voyage, en *novembre 1914* (à l'âge de 51 ans), que débute la psychose de *Pauline*. Elle voit subitement de grandes ombres sur le mur de sa chambre et entend une voix qui lui dit : « Tout ce que tu vois, ce n'est qu'une projection de l'esprit qui est en toi. » Elle est très effrayée et court raconter à sa patronne ce qui vient de lui arriver. Celle-ci la fait rentrer de suite à New-York pour la faire soigner dans une maison de santé. Mais, comme à son arrivée à New-York elle s'est un peu calmée, le médecin,

mandé d'urgence, consent à ce qu'elle reste à la maison avec sa sœur Fanny qui l'entoure et prend soin d'elle.

Depuis ce jour et jusqu'à maintenant, soit pendant 20 ans, Pauline est continuellement accompagnée et dirigée par une voix. La voix se forme à l'intérieur, c'est une voix muette. Elle fait bouger la langue et les lèvres, elle fait parler. La voix sait tout. Elle sait chacune de ses pensées. Elle donne son avis sur tout ce qu'elle fait. La voix donne toujours de *bons conseils*. Jamais elle n'a regretté de lui avoir obéi. Est-ce la voix de Dieu ? Non, ou pas tout à fait. C'est, comme dit Fanny, la « *Power* », la *Force* universelle qui se manifeste en elle. La voix lui ordonne de donner tous ses biens aux pauvres et d'aller soigner les malades gratuitement. Mais Fanny qui, à ce moment-là, ne l'entend pas de cette oreille, empêche sa sœur d'obéir et toutes deux continuent à vivre ensembles.

Le *16 mars 1916*, soit un an et demi après sa sœur, *Fanny* entend subitement une voix intérieure: « Fanny, dit la voix, tu es bien faible d'esprit, je t'aiderai ! » Et depuis ce jour, Fanny toute heureuse, entend la même voix que sa sœur, la voix qui conseille, soutient, commande de tout abandonner pour servir les autres. Dès lors, plus d'obstacle à l'obéissance. Les deux sœurs donnent aux pauvres tout ce qui leur appartient, quittent leur logement, vont de maison en maison, et chacune de son côté, vivant de charité en soignant les enfants et les malades.

Les deux sœurs disent entendre exactement *la même voix*, car la voix se manifeste à elles de la même façon et dit les mêmes choses, parfois au même moment. Pendant cette période, et malgré que les deux sœurs n'habitent pas ensemble, l'identité des mécanismes élémentaires et de leur contenu est complète. La *synchronisation de la pensée automatique* est telle que, sans se donner rendez-vous, elles se trouvent dans la même allée du grand parc de New-York, où elles arrivent conduites par la voix, venant chacune d'un quartier différent. En 1918, sur l'ordre de la voix, elles s'engagent toutes les deux comme infirmières de l'Etat pour soigner les grippés pendant l'épidémie. Depuis, pendant 15 ans, elles continuent à soigner les malades comme infirmières ou comme masseuses.

En juillet 1933, Fanny (celle qui a été la seconde à halluciner) était, depuis plusieurs années, infirmière dans un hospice de vieillards à New-York, lorsque la voix, jusque-là tou-

jours bienveillante et bonne conseillère, change peu à peu de caractère. Elle se met à lui reprocher de vilaines choses, des choses qu'elle n'a jamais faites, ou à l'accuser, par exemple, d'être responsable des accidents de la circulation, ou bien on la force à avoir des pensées obscènes. La voix répète toutes les pensées, même avant qu'elles soient formulées, elle fait bouger les lèvres et la langue et force à articuler les mots. On lui fait aussi de l'oppression qui empêche de respirer. D'où vient cette voix mauvaise ? De l'extérieur. Ce sont les nègres, employés à l'hospice, qui la persécutent par T.S.F., même à travers l'Océan. Ce sont des voix *étrangères,* extérieures, qui empêchent d'entendre l'autre, la bonne, qui est une voix intérieure.

Comme elle parle de suicide pour échapper à ses persécuteurs, Fanny est alors mise dans une maison de santé par sa sœur Pauline qui considère tout naturellement les voix mauvaises comme d'origine maladive, et en nie la réalité. Elle est alors ramenée à Genève, où, après une tentative de suicide par le gaz, elle est amenée à l'Hôpital dans mon service (22 décembre 1933) où j'ai la bonne fortune de pouvoir étudier les deux sœurs.



Je ne puis donner les résultats, même sommairement, de toutes les mesures anthropométriques et les tests biologiques que nous avons étudiés : les 60 mesures anthropométriques suivant Siemens et V. Verschuer, les deux auteurs allemands qui ont fondé la science des jumeaux sur des bases scientifique, avec les coefficients d'écart qui permettent d'affirmer *l'homozygotisme* des deux jumelles ; les empreintes digitales ; les lignes de la main, les *radiographies,* les groupes sanguins, l'interférométrie, etc. Je ne signalerai qu'une particularité qui a donné lieu à des discussions très vives dans la science des jumeaux : *Pauline est droitière, Fanny est gauchère.* Il s'agit donc d'une symétrie fonctionnelle « *en miroir* ». Mais c'est bien le seul caractère asymétrique qui ait cette disposition. Vous allez voir les radiographies du crâne des deux sœurs qui montre un caractère morphologique asymétrique : la position du *sinus frontal.* Or, ce caractère asymétrique n'est pas en miroir, mais bien *du même côté.* On ne peut donc s'empêcher de confirmer l'opinion de ceux qui pensent, avec von Verschuer, que les caractères en miroir (ici la droiterie et la

gaucherie) ne sont pas des *génotypes*, c'est-à-dire des caractères héréditaires, mais bien des *paratypes*, c'est-à-dire des caractères déterminés par le milieu, en l'occurrence par le milieu *intra-utérin*. Tout se passe comme si, pendant la grossesse, la pression d'une tête contre l'autre amenait une légère méïopragie de l'hémisphère interne de chaque fœtus et partant, une asymétrie fonctionnelle en miroir.

Enfin, quelques mots sur l'*intérêt psychiatrique* de ce cas. Tout d'abord, et pour prévenir une objection, nul doute qu'il s'agisse ici d'une *psychose gémellaire vraie* et non d'une contagion mentale ou « pseudo-psychose par suggestion » (Flournoy). Le décalage du début et de la fin de l'évolution le prouve, ainsi d'ailleurs que tous les autres caractères cliniques.

Les cas de psychoses gémellaires publiés sont nombreux actuellement, mais ils sont étudiés en série, à coup de statistique, surtout par les auteurs allemands Lange et Luxemburger. Ces statistiques, qui ont d'ailleurs un grand intérêt biologique, sont difficilement utilisables pour affirmer l'identité ou la discordance des psychoses, car elles sont faites à l'aide de termes nosologiques vagues et élastiques comme *schizophrénie*, termes qui ne permettent pas de préciser le syndrome mental dont il s'agit dans chaque cas. Nous ne connaissons pas de cas de psychose qui, comme le nôtre, concerne le syndrome mental le plus fin, celui qui laisse intact l'introspection des malades et permet aussi d'affirmer l'identité des mécanismes et des contenus avec la plus grande approximation possible : le *syndrome d'automatisme mental* de Clérambault. C'est cette finesse même qui permet d'apprécier la valeur des *concordances :* concordance des lignes de la main, concordance du contenu des automatismes verbaux. C'est cette finesse qui permet aussi d'apprécier les *discordances*, tout aussi intéressantes : discordances morphologiques aussi fines que celles des empreintes digitales, discordances fonctionnelles aussi fines que le contenu de certains automatismes verbaux, tant il est vrai qu'identité est un concept mathématique et non un concept biologique.

En terminant, vous me permettrez d'ajouter un mot en rapport avec un des sujets en discussion dans ce congrès : L'influence des théories psychologiques sur l'évolution de la Psychiatrie. Des faits comme celui que nous étudions prouvent que les mécanismes verbo-moteurs qui sont à la

base de certaines psychoses, quelle que soit leur étiologie, sont des caractères génotypiques au même titre que les caractères morphologiques. On peut donc s'étonner de voir certains psychiatres, même en face de ces phénomènes cruciaux, s'obstiner à leur appliquer la doctrine psychologique des « désirs refoulés » — qui remontent, à travers Pinel, aux aliénistes anglais du xviii[e] siècle (Cullen, Crighton, Mason, Cox), c'est-à-dire à un temps où la biologie n'existait pas — doctrine que le D[r] Repond cherche encore à défendre dans son rapport. Ainsi, le psychiatre américain qui a vu les deux sœurs dans sa clinique et les a interrogées, n'a pas du tout été frappé par l'identité des mécanismes mentaux survenant chez des jumelles identiques. Fidèle à son catéchisme psychologique, fermant délibérément les yeux sur les acquisitions de plus d'un siècle de biologie et de pathologie générale, le psychiatre écrit ceci : « Il apparaît que les voix n'étaient pas des hallucinations réelles, mais seulement une expression symbolique pour la malade, et une objectivation de ses vœux. Elle pensait qu'elle ne pourrait plus vivre encore longtemps avec sa sœur, mais comme elle n'osait pas le lui dire tout simplement, elle a trouvé ce moyen de faire suggérer par les voix de rompre leur union. »

Encore un mot. Me serait-il permis de proposer au Comité de notre Congrès de mettre, à l'ordre du jour d'une prochaine session, le sujet suivant : « *Les psychoses gémellaires. Leur importance pour la psychiatrie générale.* »

L'anxiété

Ses causes, ses symptômes, son traitement

par M. Boven (de Lausanne)

L'anxiété est un haut degré d'inquiétude ; l'angoisse, un haut degré d'anxiété. Ces états diffèrent par l'intensité, non par la nature ni la durée.

L'anxiété répond chez l'homme à un achoppement de l'activité, par la contention discordante de tendances, d'impulsions, d'influx qui ne parviennent pas à organiser et par conséquent à accomplir l'action ou la série d'actions que l'homme pressent indispensables et urgentes.

Cette définition adopte ou repousse certaines vues de Janet, Freud, Goldstein, Devaux et Logre, Stekel, etc. Elle n'admet pas la « réaction de l'échec » de Janet. La réaction de l'échec suspendrait, selon Janet, la « réaction de l'effort » qui avorte. L'expérience nous montre dans l'anxiété la continuation d'une poursuite, la recherche laborieuse et douloureuse mais véhémente d'une action difficile à mettre au point. L'anxiété ne naît pas de la suspension d'un acte en cours, « suivie d'une dérivation de la force inemployée en phénomènes inférieurs », car il n'y a pas de force inemployée dans l'anxiété mais au contraire énorme dépense et usure de forces opposées ou divergentes. Ma définition élimine le facteur de l'inconscient freudien. L'angoisse est indépendante de cette considération, même dans la névrose. Des hommes parfaitement conscients de l'antagonisme et de la signification des forces en lutte peuvent souffrir des symptômes classiques de la névrose d'angoisse. L'inconscience des névrosés réside plutôt dans leur ignorance du mécanisme et du rattachement pathogénique de leurs maux, non du sens de la lutte ni de son enjeu. L'anxiété m'apparaît, comme à Goldstein, un état d'inadaptation temporaire de l'être aux conditions ambiantes. Son caractère sthénique, souligné par Devaux et Logre, se déduit d'une définition qui l'assimile à une lutte. En revanche, l'anxiété ne peut pas être réduite au produit d'un refoulement, comme le veut

Stekel, puisque c'est un refoulement, enfin réussi et consolidé, qui met fin à la lutte et à l'angoisse. Enfin ma définition s'applique à l'anxiété d'ordre physique. L'angoisse-type, d'où dérive la racine même du mot, la privation d'air par suffocation, illustre le thème de la « contention discordante » d'influx, dont les uns visent à l'inspiration, les autres (spasmes) à l'apnée.

L'anxiété névrotique ne diffère pas essentiellement de l'anxiété tout court. Ce qui donne à l'anxiété de la névrose certaines apparences de complexité psychologique, c'est la complexité relative des tendances discordantes dont quelqu'une au moins atteint le niveau « social » de l'homme.

Cet antagonisme en effet met généralement aux prises le groupe des tendances hautes, du type social, celles qui composent la dignité, la moralité, le prestige individuels et le groupe des tendances impulsives-égoïstes du type des concupiscences. D'un côté des déclics prompts, automatiques, impétueux, de l'autre des actes impliquant longue articulation d'influx entre multiples relais et réflexion, discernement réfléchi. D'un côté l'acte facile, provoquant jouissance immédiate, de l'autre l'acte malaisé mais assurant un bien-être sûr et durable. Parmi les tendances mêlées à la lutte, l'arrivisme, par sa fréquence, l'emporte encore sur l'érotisme, à mon avis.

Toute action est « ressentie » avant d'être « agie ». L'émotion précède, en effet, l'action, l'oriente et la prépare ; elle la préfigure sous la forme viscérale-affective. L'action reçoit ensuite la consécration motrice. Dans l'anxiété toute la symptomologie des troubles émotionnels et viscéraux n'est que la préfiguration de l'antagonisme des tendances en lutte, l'ébauche d'actions contradictoires, à l'état naissant.

Je crois que tous les symptômes viscéraux-affectifs observés en cours d'angoisse chez un anxieux trahissent, avec ce déterminisme, les péripéties de la lutte engagée entre des tendances rivales, au sein de l'individu divisé.

Les groupes de tendances antagonistes imprègnent, simultanément ou successivement, de leur potentiel d'ailleurs variable, une part de l'être, muscles et organes, et peuvent commander à la fois ou tour à tour telle fonction qu'elles emploient à leur manière. Cette double imprégnation s'étend jusqu'à l'intimité du tissu, jusqu'à la chimie sanguine, par exemple. On pourrait parler d'*ataxie* pour peindre cet état d'antagonisme des influx. (Voir le rapport du D[r] Massaut sur la modi-

fication des échanges organiques dans les états asthéniques et anxieux. *Journal belge de Neurologie et Psychiatrie*, XXXII, N° 9). C'est cette sollicitation (amorçage ou mouillage émotif) à la fois suspendue et imminente de toutes espèces d'organes qui donne à l'angoissé l'impression d'une si pénible et profonde usure. L'anxieux est imprégné de l'antagonisme de ces latences.

Le malaise anxieux engendré par le désarroi des influx, soit par la contention discordante des tendances, se traduit dans la conscience par un sentiment d'insécurité : perte du sentiment d'unité de la personne et du sentiment de la maîtrise. Cette insécurité se manifeste tout d'abord dans les conditions et dans les actions qui requièrent de l'homme normal l'attitude de la *tension vigilante*. L'anxiété se fixe d'abord, cristallise ou floconne, pourrait-on dire, autour des émois de la vie normale. Elle s'y révèle dans l'accomplissement d'actions jusqu'alors aisées et plus ou moins familières, par la malassurance, la faiblesse et la peur. Monter à cheval, franchir un pont, recevoir du monde... autant d'émois légers où l'anxiété se dépose sans qu'il soit besoin de ces surdéterminations, à base de libido, dont la psychanalyse abuse.

Parmi les symptômes de l'anxiété, les obsessions et phobies jouent un grand rôle. On pourrait les appeler des concrétions, des calculs d'angoisse, car elles nous apparaissent comme des condensations d'anxiété sur un point faible, sur une fonction défectueuse, sur un souvenir symbolique significatif. Produit de l'anxiété, obsession et phobie participent à la nature dualiste et à la dynamique antagoniste de ce malaise. On y retrouve la contention discordante des tendances, mais à des degrés divers. Ces concrétions ont, en outre, des corrélations très étroites avec le caractère individuel. Elles se « caractérisent » d'autant plus qu'elles persistent plus longtemps. Elles fixent des attitudes propres au patient et livrent maint aspect de son intimité morale.

Obsession et phobie ne sont guère que deux aspects d'un même phénomène : dans l'obsession, la persistance de l'évocation, dans la phobie l'intensité de la peur prime, mais toujours l'antagonisme sévit : L'anxieux sent l' « agendum » indispensable et urgent et ne parvient pas à s'unifier, à se maîtriser sur la question du « *quo modo sit agendum* ». On peut concevoir une série allant de la hantise, par le remords, l'obsession-phobie à l'impulsion vraie, passant ainsi de la

perplexité et de l'impuissance à une manière de résolution précaire par toutes les phases de l'anxiété.

Il est très vrai qu'il y a obsession et obsession. Comme l'ont nettement vu Vurpas et Corman, il existe des obsédés mélancoliques et des obsédés constitutionnels ; mais on doit aller plus loin : obsession et phobie étant des manifestations anxieuses, on les trouve acoquinées avec la mélancolie, la névrose d'angoisse, l'inquiétude de l'homme normal et de tous les caractères pathologiques. Elles s'inspirent du caractère du patient qui les conçoit. Par conséquent elles traduisent la malassurance et l'humble pusillanimité du brave homme comme aussi l'inquiétude d'un caractère orgueilleux et dur, l'inquiétude du psychopathe aigri, du paranoïaque. L'obsession-phobie finit dans les âmes de cet acabit par se cristalliser en « accommodats », en compromis d'impératifs et de vétitifs, de volo et de nolo où généralement la part de l'altruisme est extrêmement réduite au profit d'un égoïsme infantile. L'obsession-phobie du déprimé tendre traduit l'attitude du péager qui s'accuse ; l'obsession-phobie du psychasthénique impose un code d'orgueilleux tabous à l'ambiance du psychopathe.

Toutes les névroses dépressives me paraissent apparentées comme les phases du drame d'une lutte qui irait de l'effort douloureux à la défaite accablée. A la phase du combat douloureux, c'est l'angoisse, d'ailleurs sthénique, comme l'ont vue Devaux et Logre, puisqu'il y a lutte ; parlons de névrose d'angoise, aiguë ou chronique. A la phase de la défaite, c'est la dépression, la véritable asthénie ou psychonévrose d'épuisement. On opposerait ainsi deux syndromes contrastants : l'un syndrome d'épuisement, l'autre, syndrome de déchirement ou de diastase ; le syndrome asthénique et le syndrome diastasique ; l'un proprement dépression, l'autre proprement angoisse. L'horreur de la mélancolie réside dans le fait qu'elle accumule les souffrances des deux syndromes : elle est dépression, plus angoisse, épuisement, plus déchirement, asthénie et diastase, accablement et angoisse : elle est l'image d'un lutteur accablé qui se tord à terre en cherchant à se relever pour accomplir son devoir.

De l'utilité du repérage ventriculaire dans certains troubles psychiques

Par MM. A. Mestrallet et E. Larrivé (Lyon)

Nous avons cru intéressant de vous rapporter l'observation suivante que j'ai l'honneur de vous présenter au nom de mon collègue le Dr Mestrallet et de moi-même, et qui n'a d'autre but que de montrer l'utilité qu'il y a, dans certains cas, de pratiquer le repérage ventriculaire lorsqu'on veut reporter à leur véritable étiologie les troubles psychiques constatés.

Il s'agit d'un homme de 44 ans, luthier de son métier, qui fut examiné pour la première fois par l'un de nous au début du mois d'avril dernier. Ce malade nous était adressé par son médecin traitant qui, devant la nature des troubles présentés, se demandait si, malgré les résultats entièrement négatifs fournis par l'examen du liquide céphalo-rachidien, on ne devait pas penser à l'existence d'une paralysie générale.

D'après les renseignements fournis par son médecin et ceux recueillis auprès de l'entourage, le début des troubles semblait pouvoir être placé au début de l'année 1933.

A cette époque, sans qu'aucun reproche manifeste puisse lui être adressé, notre malade fut renvoyé de l'atelier où il travaillait depuis plus de 20 ans et ce n'est qu'en y réfléchissant par la suite, lorsque l'état de son mari se fut aggravé, que sa femme attribua ce renvoi à un certain nombre de manifestations qu'elle avait constatées elle-même depuis quelque temps, mais sans y attacher d'importance.

Depuis quelques mois déjà, elle avait remarqué une modification notable dans le comportement de son mari et son attention avait été spécialement attirée par l'apparition d'une certaine jovialité puérile avec insouciance presque totale des événements qui se passaient autour de lui, état auquel venait s'ajouter une instabilité psychique et motrice. Ces troubles peu marqués à leur phase initiale, augmentèrent progressivement rendant tout travail impossible.

C'est dans ces conditions qu'au mois d'avril 1934, soit un an 1/2 après le début, que nous fûmes amenés à examiner le malade pour la première fois.

Dès le premier contact, on est frappé par l'excitation euphorique du malade qui se présente à nous avec une jovialité excessive et un optimisme puéril. Il se soumet avec complaisance à notre examen, est content et satisfait de tout et accepte avec insouciance sa situation présente sans s'en préoccuper le moins du monde.

Lorsqu'on lui fait entrevoir la gêne matérielle dans laquelle il se trouve, ainsi que sa famille, par suite de son inactivité, loin d'en être affecté, il répond d'un ton souriant qu'il lui suffit de s'adresser à un membre de sa famille qui se fera un plaisir de subvenir à ses besoins.

Chez lui, d'ailleurs, il se promène continuellement et passe la plus grande partie de ses journées au cinéma.

Nous apprenons d'autre part que, depuis quelques semaines, il se livre à certains actes inconsidérés. Notamment, lorsqu'il se promène dans les rues de la ville qu'il habite, il aborde les passants qu'il rencontre et, bien que ne les connaissant aucunement, leur demande sans sourciller du tabac, des cigarettes, des allumettes.

Enfin, existe une instabilité motrice marquée, qui fait qu'il ne peut rester en place, et qu'il éprouve continuellement le besoin de bouger et de remuer.

Le fond mental, par contre, ne paraît pas atteint et, mise à part une certaine mobilité de l'attention, on ne peut mettre en évidence aucun trouble de la mémoire, tant pour les souvenirs anciens que pour les faits récents. Par ailleurs, il n'accuse aucun symptôme subjectif en particulier, il ne se plaint ni de céphalées ni de vertiges, ni de baisse de la vision et, dans son passé, on ne retrouve ni éthylisme ni spécificité.

L'examen physique se montre également entièrement négatif.

Les réflexes rotuliens et achilléens sont normaux, il en est de même des réflexes des membres supérieurs, crémastériens et cutanés abdominaux. Le réflexe cutané plantaire se fait en flexion des deux côtés, il n'existe aucun trouble de la marche ou de la statique, ni de la sensibilité superficielle ou profonde. Les pupilles égales réagissent normalement à la lumière et à l'accommodation.

L'examen cardio-pulmonaire est négatif. La tension artérielle est de $\frac{13,5}{9}$. Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine. Rien n'autorisait à porter le diagnostic de paralysie générale, l'intégrité du fond mental, l'absence de signes physiques ou biologiques de spécificité nerveuse allant à l'encontre de cette hypothèse.

Après avoir éliminé un état hypomaniaque simple, nous avons, en définitive, posé le diagnostic de Moria et pensé à la possibilité d'une néoformation intra-cranienne dont il restait à confirmer l'existence et à préciser le siège.

C'est dans ces conditions que nous fîmes admettre ce malade dans notre service en vue d'examens complémentaires.

En premier lieu, une ponction lombaire pratiquée avec prudence en position couchée donna des résultats négatifs. Elle permit de retirer un liquide clair non hypertendu (15-16 au manomètre de Claude), et dont l'examen fournit des renseignements suivants : Albumine 0,24, Cytologie, un lymphocyte, Réaction de Wassermann négative. Un examen ophtalmoscopique fut pratiqué par le Dr Blanc et montra l'intégrité absolue du fond d'œil sans œdème papillaire, sans rétrécissement du champ visuel, sans nystagmus et sans aucune atteinte de la musculature extrinsèque.

De même, il n'existait aucun trouble de l'audition, du goût ou de l'odorat.

Un examen radiographique fut alors pratiqué. La radiographie simple ne montra rien de caractéristique en dehors d'une calcification de la pinéale et une calcification légère de la faux visible sur la radiographie de face. Nous injectâmes alors 10 cc. d'air par voie lombaire. La radiographie faite debout, de face, montra une dilation des corps ventriculaires qui restaient symétriques.

La radiographie faite couchée occiput contre plaque montra une dilatation des cornes frontales avec une bulle dans la partie antérieure du 3e ventricule qui apparut dilaté.

Ce malade présentait donc une hydrocéphalie interne avec distention ventriculaire sans signes d'hypertension. Et nous trouvions ainsi l'explication des troubles mentaux accusés par notre malade.

Cette cause nous aurait échappé si nous nous en étions tenus aux premiers examens pratiqués (ponction lombaire, fond

d'œil, radiographie simple) qui tous étaient négatifs et seule, l'épreuve de Laruelle, en nous permettant le repérage ventriculaire, nous a permis de la déceler.

Ce malade, pour des raisons extra-médicales, fut emmené de notre service par sa famille et nous n'avons pu pousser plus avant nos investigations. Néanmoins, nous croyons nous trouver en présence d'une épendymite.

Quelques agents étiologiques des syndromes délirants chroniques

par MM. A. Courtois et A. Beley (de Paris)

Au moment où l'étude des hallucinations connaît un regain d'actualité il nous a paru intéressant d'étudier les diverses modifications physio-pathologiques cérébrales qui paraissent présider à l'apparition des délires hallucinatoires. D'ailleurs la forme du délire, la prédominance des interprétations ou des hallucinations, de même le thème délirant nous retiendront peu. Aussi envisageons-nous plutôt d'une façon globale les syndromes délirants d'évolution chronique, dont le thème de persécution est le plus fréquent.

Nous ne présenterons aujourd'hui qu'une sorte de vue d'ensemble nous réservant d'apporter ensuite une étude plus complète sur certains points.

Il est de notion courante et pour ainsi dire classique que les délires systématisés sont des délires « essentiels » où les causes morales joueraient le rôle étiologique le plus important. Ainsi Régis écrit : la folie systématisée... constitue la folie essentielle, la folie vraie. Aussi son étiologie est-elle assez limitée » (1).

Cette conception se trouve cependant attaquée, notamment par MM. de Clérambault, Heuyer, G. Petit, Guiraud, Porc'her... qui attribuent une origine organique cérébrale aux délires hallucinatoires.

Depuis plusieurs mois nous avons étudié les délires hallucinatoires d'évolution prolongée en cherchant systématiquement leur étiologie possible.

Voici résumés les résultats de nos constatations.

D'abord des faits généraux concernant le sexe et l'âge.

Sexe. — Il est classique que les délires de persécution sont plus fréquents chez la femme que chez l'homme.

---

(1) E. Régis. — *Précis de Psychiatrie*, 5[e] éd., p. 455.

Nos données statistiques confirment entièrement le fait. Sur un total de 703 délires de persécution d'évolution chronique examinés en 18 mois au service d'observation de l'hôpital Henri-Rousselle, nous trouvons 538 femmes contre 165 hommes, soit 75 % des cas environ.

L'âge. — L'âge est un autre élément important à considérer. Il est exceptionnel qu'un délire organisé apparaisse chez l'enfant. Chez la femme les cas sont à peu près également répartis sur trois groupes d'âges de 30 à 40, de 41 à 50 et après 50 ans. Chez l'homme, après 40 ans, la fréquence diminue très rapidement.

Mais ce qui est plus important à considérer que l'âge lui-même, ce sont les causes qui varient à chaque âge.

Dans un premier groupe il y a des cas où nous retrouvons les conditions étiologiques des syndromes de démence précoce, notamment les encéphalopathies de l'enfance et de l'adolescence de causes diverses : états méningés, encéphalites au cours d'infections aiguës graves... Mais alors souvent l'encéphalopathie était assez tardive altérant un cerveau déjà arrivé à un certain développement. Dans ce groupe figurent notamment des encéphalites typhiques, scarlatineuses, et des encéphalites puerpérales chez les femmes. Ils s'apparentent aux cas de délires hallucinatoires consécutifs à des confusions mentales aiguës (Marchand, Picard) ou à des encéphalites psychosiques aiguës primitives ou secondaires (délire aigu).

L'encéphalite épidémique peut, au cours de son évolution chronique, provoquer des délires hallucinatoires durables. Après Steck, nous en avons observé et rapporté de multiples exemples avec P. Schiff, Lacan, Mareschal, Mme André, Trelles, Altmann. Il peut même s'agir de délire d'interprétation à thème jaloux sans participation hallucinatoire (Dupouy, Courtois, Borel). Ces cas cependant restent rares sur l'ensemble, mais aident à la meilleure compréhension des autres.

De même l'encéphalite syphilitique, au cours d'une évolution très lente, fournit également des délires hallucinatoires. Heuyer avec Sizaret et Le Guillant en observe des cas, Nous en avons publié des exemples dans la thèse de Volstein.

Même la paralysie générale, où la méningo-encéphalite évolue de façon subaiguë, s'accompagne parfois de délires hallucinatoires. Magnan, Sérieux et Capgras en observent surtout pendant les rémissions. Mlle Serin consacre sa thèse à ce sujet. Lissauer décrit une forme hallucinatoire de la paralysie générale.

Ce délire apparaît assez souvent au cours de la paralysie générale avec tabès et amaurose dont on connaît l'évolution spontanément prolongée (Courtois, Pichard, Borel, Rubénovitch).

Il nous suffira de rappeler — sans y insister parce que ces faits sont maintenant bien connus — les formes délirantes hallucinatoires de la paralysie générale, modifiée, retardée, plus ou moins fixée dans son évolution par l'impaludation et les traitements chimiques de la syphilis. Cliniquement — surtout si les signes neurologiques sont discrets — il est bien difficile, lorsqu'on ignore les antécédents et la thérapeutique appliquée, de diagnostiquer ces « formes psychosiques » de la paralysie générale des délires hallucinatoires dits paranoïdes d'autres causes. D'ailleurs, d'autres affections cérébrales non syphilitiques, comme la sclérose en plaques, peuvent provoquer aussi des délires hallucinatoires. Nous avons publié, avec P. Mareschal, un cas au cours d'un syndrome pallidal complexe d'origine indéterminée.

L'alcoolisme chronique apparaît le facteur toxique le plus important comme cause de délires organisés de persécution et de jalousie. Il représente chez l'homme la cause la plus fréquente à l'âge adulte. Il survient progressivement ou fait suite à l'encéphalite qui conditionne le *delirium tremens.*

Mais ces causes sont loin de donner la clef d'un grand nombre de délires plus ou moins bien systématisés, notamment ceux qui surviennent chez la femme après la quarantaine et qui constituent à eux seuls chez cette dernière, près de 70 % des syndromes délirants prolongés.

C'est ici qu'intervient à notre avis un autre mécanisme physio-pathologique important et qui nous paraît méconnu, c'est la sénilisation cérébrale précoce. Il y a d'une part l'artériopathie cérébrale, mais qui s'observe surtout chez les hommes entre 45 et 60 ans, associée plus ou moins à l'intoxication alcoolique chronique. D'autre part, la sénilisation précoce du cerveau lui-même ; ce sont les cas les plus fréquents chez la femme. Il s'agit d'habitude de débiles qui présentent prématurément les stigmates physiques de la déchéance sénile. Leur capital initial physique et surtout intellectuel était médiocre. Souvent filles d'alcooliques ou d'aliénés, elles n'ont pas toujours échappé aux encéphalopathies de l'adolescence. Et les premières manifestations de la vieillesse faisant suite à une ménopause précoce, se traduisent, au niveau du cerveau, par

ces délires hallucinatoires qui précèdent de peu d'années un état d'affaiblissement psychique évident.

En somme, on peut concevoir ces états délirants hallucinatoires, comme faisant le pendant des états dépressifs dits préséniles, auxquels M. Capgras a tenté dans sa thèse de rapporter un grand nombre d'états mélancoliques.

D'ailleurs, il n'est pas rare de trouver un état dépressif associé au délire de persécution et il est même classique de discuter pour savoir s'il s'agit alors d'un accès dépressif avec idées de persécution « secondaires », ou d'un délire de persécution avec réactions dépressives.

Nous avons tenté, dans une étude en cours, de préciser les concomittants objectifs, notamment biologiques et psychologiques de la sénilité pour appuyer notre hypothèse : les premiers résultats sont confirmatifs, mais il manque encore un critère objectif sûr, à ajouter à l'impression clinique subjective, pour affirmer, de façon certaine, le début du veillissement cérébral pathologique (1).

Cependant, cliniquement, certains faits sont déjà facilement constatables. D'abord, on connaît les délires de persécution et de préjudice de la démence sénile confirmée. On connaît aussi les délires de persécution qui versent très rapidement, en quelques mois, dans un état démentiel caractérisé. L. Marchand et Nouet notamment en ont rapporté des observations probantes. Enfin, tous les auteurs s'accordent pour reconnaître une évolution démentielle au plus grand nombre des délires de persécution.

Aussi peut-on se demander si l'attitude actuelle des médecins ne ressemble pas un peu à celle de nos prédécesseurs qui disaient que la folie peut se compliquer de paralysie générale, au lieu de penser, comme chacun l'admet aujourd'hui, que ce sont les lésions de la méningo-encéphalite syphilitique qui provoquent aussi les syndrômes dépressifs ou d'excitation ou de confusion qu'on peut voir précéder la démence terminale, tenue autrefois comme seule caractéristique de la maladie.



(1) Les résultats de la réaction de Kottman, que M. Hamel trouve accélérée dans les cas de délires hallucinatoires chroniques, comme chez certains vieillards, paraissent plaider aussi en faveur de notre hypothèse.

Nous avons essayé de montrer les causes multiples de certains délires hallucinatoires ou non, plus ou moins systématisés, d'évolution chronique. Bien que très variées, ces causes ont en commun un caractère évolutif, la lenteur du processus pathologique qui agit sur un cerveau plus ou moins fragile, mais d'habitude d'un adulte qui termine ou a terminé depuis longtemps son organisation nerveuse.

Le plus souvent, ce processus très lent ne paraît pas altérer grandement (comme cela s'observe au contraire dans les encéphalites aiguës) les centres régulateurs des grands métabolismes de la vie physique et psychique.

Quoi qu'il en soit d'ailleurs, on peut brièvement résumer les causes des délires d'évolution chronique de la façon suivante :

Un certain nombre, notamment chez les jeunes (hommes et femmes) concernant des cas que l'on peut ranger dans la démence précoce délirante ou les délires dits paranoïdes, comportent les mêmes agents étiologiques que les syndrômes hébéphréniques simples, mais d'habitude l'atteinte encéphalopathique a été plus tardive.

Dans d'autres, on trouve une inflammation cérébrale mieux connue : encéphalite psychosique aiguë ou subaiguë, passée à l'état chronique, une encéphalite épidémique chronique, une méningo-encéphalite syphilitique d'évolution lente spontanée ou après impaludation et chimiothérapie.

Parmi les intoxications, notamment chez les hommes, l'alcoolisme chronique compliqué ou non de l'encéphalite qui conditionne le delirium tremens est la cause la plus importante.

Enfin la sénilité cérébrale : soit une artériopathie précoce souvent associée à l'alcoolisme chronique surtout chez les hommes, soit provoquée par le même processus d'atrophie encore mystérieux dans ses causes qui conditionne les états démentiels séniles. Ces cas sont surtout très fréquents chez des femmes débiles, à petit capital cérébral initial et constitueraient en somme un des modes de début de la démence sénile, tous les intermédiaires existant d'ailleurs entre les formes initiales, surtout délirantes et les états terminaux où domine l'affaiblissement démentiel.

Nous n'avons pas l'illusion de croire que nous avons épuisé les causes de tous les délires hallucinatoires. Nous avons seulement essayé d'apporter les cadres des agents étio-

logiques qui nous sont apparus les plus fréquents et les plus importants. Nous pensons que la recherche des conditions physio-pathologiques de l'éclosion des délires chroniques constitue une étude utile, fertile en connaissances nouvelles et peut-être en explications plus satisfaisantes que la désolante opinion de Régis qui écrivait, il y a vingt ans à peine : « la folie systématisée... fait partie intégrante de l'individu. Les malades en ont reçu le germe en naissant et elle se développe à l'heure dite, sous l'influence de la moindre occasion, par exemple de la misère, des difficultés de la vie sociale, des mécomptes, des déboires, des malheurs conjugaux, de la ménopause. »

M. Petit (Ville-Evrard). — Nous n'avons jamais observé de délires chroniques déterminés par les seuls éléments émotionnels ou affectifs, et nous ne pouvons que confirmer les constatations rapportées par MM. Courtois et Beley sur l'étiologie de ces affections qui nous paraît, dans la plupart des cas, d'origine nettement infectieuse.

En revanche, nous attachons une importance beaucoup moins grande à la débilité mentale, à la ménopause et à la sénilité qui nous semblent tout à fait incapables, *à elles seules,* de provoquer l'évolution d'un délire.

Il faut se défier des explications étiologiques banales et faciles en psychiatrie. La sénilité, en particulier, est trop souvent invoquée quand le malade dépasse la cinquantaine. L'analyse plus minutieuse des signes organiques et des facteurs étiologiques qui les conditionnent indiquent qu'une grande partie des psychoses dites séniles ressortit à des infections, associées à des insuffisances organiques des divers appareils.

M. P. Combemale (de Bailleul) fait remarquer qu'il est fréquent de constater, à la période de début d'un délire hallucinatoire, une température subfébrile. Le malade étant au lit, et la température prise dans le rectum, la courbe thermique oscille entre 37°2-37°8, avec de lentes oscillations la menant parfois à plus de 38°. Il faut des mois pour que la température retourne à la normale. Cette constatation est en faveur de l'origine infectieuse de ces psychoses. On en trouvera de nombreux exemples dans la thèse de son élève Noguier (Lille 1934).

Sur la fréquence des syndromes parkinsoniens en pathologie mentale

par

Georges Petit, et André Baudard,
Médecin-Chef *Interne*
de la Maison Spéciale de Santé de Ville-Evrard

Des recherches et études systématiques poursuivies par l'un de nous depuis plus de quinze ans (1), il résulte qu'une proportion considérable de malades, atteints des formes les plus diverses de psychoses et de psychopathies (83 % des cas) présente des symptômes et des syndromes d'ordre organique particulièrement significatifs. Ces troubles organiques qui peuvent intéresser, non seulement le névraxe tout entier, mais encore le système nerveux périphérique et sympathique, les glandes endocrines et tous les autres appareils de l'économie, sont en effet tout à fait comparables et superposables aux troubles analogues présentés par les malades non aliénés, atteints de ces infections par ultra-virus neurotropes (névraxite épidémique, encéphalo-myélites disséminées, scléroses en plaques aiguës ou chroniques, scléroses combinées avec ou sans anémie, méningites séreuses, etc.), dont on connaît l'extraordinaire fréquence depuis la guerre.

Parmi les troubles d'ordre neurologique, les troubles moteurs, et, en particulier, les syndromes parkinsoniens, nous ont paru d'une fréquence vraiment remarquable.

Nos recherches actuelles, que nous aurions voulu poursuivre sur 300 malades (150 femmes et 150 hommes) ont dû se borner — pour des raisons indépendantes de notre volonté — au chiffre de 200 malades : 150 femmes et 50 hommes. Ces

---

(1) Georges Petit. — Du rôle prédominant des infections par ultra-virus dits neurotropes dans le déterminisme des psychoses et psychopathies. *Congrès des Aliénistes et Neurologistes*, Limoges, 1932.

200 malades ont été pris, et non choisis, sans idées préconçues et seulement d'après le classement alphabétique parmi les malades en traitement à la Maison de Santé, durant ces derniers mois.

Voici tout d'abord la proportion des syndromes parkinsoniens observés par groupes nosologiques :

Démences précoces hébéphréno-catatoniques ou paranoïdes	27	cas	sur	64	malades
Psychoses hallucinatoires ou paranoïdes	19	—	—	49	—
Psychoses à prédominances d'anxiété	19	—	—	32	—
Psychoses maniaques-dépressives, périodiques ou circulaires	8	—	—	16	—
Paralysie générale	4	—	—	8	—
Manie chronique	0	—	—	5	—
Délires chroniques d'interprétation	2	—	—	4	—
Démence sénile	1	—	—	2	—
Artério-sclérose cérébrale	1	—	—	1	—
Confusion mentale d'origine indéterminée	4	—	—	7	—
Syndromes psychopathiques polymorphes	12	—	—	12	—
Soit au total	97	—	—	200	—

ce qui donne une proportion de 48,5 % pour la totalité des 200 malades. Sur ces 200 malades, il y a 150 femmes, dont 73 parkinsoniennes, soit une proportion de 48,7 %, et 50 hommes, dont 24 parkinsoniens, soit une proportion de 48 %, sensiblement égale, par conséquent, pour les deux sexes.

L'âge de nos malades est compris entre 15 et 78 ans ; la moitié d'entre eux n'a pas atteint 40 ans; un tiers, à peine, a dépassé la cinquantaine. La plupart sont donc des malades encore jeunes.

Au point de vue clinique, nous avons observé :

1° *De l'hypertonie.* Elle existe, dans la totalité des cas, et en dehors de tout syndrome catatonique, chez nos 97 malades. Très souvent bilatérale, avec prédominance d'un côté, elle peut être aussi unilatérale et n'affecter parfois qu'un membre, en général un membre supérieur. Certains malades signalent eux-mêmes de la raideur plus ou moins constante de leurs mouvements ou des *crises d'hypertonie consciente,* avec gêne des mouvements et résistance cireuse. Mais, en général, il est nécessaire de rechercher cette hypertonie par des manœuvres objectives et tout d'abord par des mouvements passifs de

flexion ou d'extension imprimés aux membres des malades. Dans les deux tiers des cas, l'hypertonie apparaît dès le début de ces manœuvres ; d'autres fois, elle se manifeste seulement après plusieurs de ces mouvements réitérés. On obtient ainsi, soit une résistance cireuse, soit une crémaillère nette, soit un blocage plus ou moins accentué.

Nous avons coutume, également, d'employer, pour révéler les cas légers ou mettre en évidence la prépondérance unilatéale de l'hypertonie, les tests de Froment, en particulier le test « du poignet figé » ; comme l'a bien indiqué Froment dans de nombreuses publications, l'hypertonie parkinsonienne est une hypertonie dystatique : souvent occulte au début, elle se révèle par le blocage obtenu d'un côté dans les mouvements passifs exécutés au cours d'une manœuvre qui rompt l'équilibre du sujet.

2° *Des tremblements.* Presque tous nos malades — près de 90 % des cas — présentent des tremblements, en particulier des tremblements des mains.

Revêtant parfois les caractères classiques, de lenteur et de rythme, du tremblement dit parkinsonien (avec mouvements du pouce dit d'émiettement, de la fileuse), ils affectent plus fréquemment un caractère rythmique, irrégulier, souvent vibratoire, avec mouvements brusques d'instabilité latérale des doigts.

Ces tremblements des mains sont associés, d'une façon très fréquente, à des tremblements de la langue (avec instabilité et parfois ébauche de protrusion) et des lèvres, à des fibrillations des muscles de la face et des paupières, ces dernières étant en général rapides et rythmées, avec salves de nictitation. Nous avons noté également assez fréquemment des tremblements, parfois rythmés, le plus souvent irréguliers, du maxillaire inférieur, et un tremblement céphalitique souvent très marqué, mais d'intensité assez irrégulière, associé parfois à des mouvements brusques de la tête, d'amplitude variable, dans le sens latéral ou antéro-postérieur.

Aux membres inférieurs, le tremblement revêt souvent le caractère de *pédalage,* généralement unilatéral, de rythme variable, mais en général assez rapide.

Enfin, dans plus de la moitié des cas, nous avons observé de véritables *crises de tremblement généralisé,* secouant le malade, pendant plusieurs minutes, de frissons plus ou moins

violents, et alternant avec d'autres crises de tremblements localisés.

3° *Des troubles des mouvements automatiques* des membres supérieurs et inférieurs, révélés par la marche, les signes de la chaise et du moulinet. Parfois diminués à l'extrême ou abolis des deux côtés du corps (le malade semblant figé et marchant tout d'une pièce), ils sont parfois abolis d'un seul côté seulement. En général, cette abolition se manifeste du côté où l'hypertonie est plus accentuée ; mais, chez d'assez nombreux malades, nous avons remarqué l'abolition des mouvements automatiques d'un membre peu ou point hypertonique, alors que l'homologue du côté opposé, où l'on avait constaté une crémaillère, conservait un balancement normal. Souques avait d'ailleurs déjà signalé ce fait, dès 1921, dans l'encéphalite épidémique.

Outre ces symptômes cardinaux de la série parkinsonienne, nous avons observé, concurremment, chez nos malades, associés à ces signes particuliers ou alternant avec eux, un grand nombre d'autres troubles moteurs ou psycho-moteurs, extrêmement variés et variables (kinésie paradoxale ou akinésie brusque, palilalie et tachyphémie, catatonie, perturbation des réflexes tendineux, ostéopériostés, de posture, de défense, contractures ou parésies, ophtalmoplégies, etc.) ; des troubles sensitifs (algies, paresthésies, hyperesthésies, hypoesthésies ou anesthésies variées) ; vaso-moteurs (acroasphyxie, œdèmes localisés, dermographisme, etc.).

Chez 90 % de nos malades, la tension du liquide céphalo-rachidien était supérieure à 35, au manomètre d'H. Claude, atteignant souvent 50 et 60. Dans plusieurs cas, nous avons noté une hyperalbuminose légère (0,50) avec lymphocytose nette (3 leuco et même 28) ou une dissociation albumino-cytologique.

Les caractères évolutifs des syndromes parkinsoniens observés chez nos malades nous paraissent assez particuliers.

Si, dans quelques cas très accentués, le syndrome parkinsonien se manifeste de façon constante, continue et, en général, progressive, dans la grande majorité de nos observations, le parkinsonisme apparaît, au contraire, avec des variations fréquentes dans l'intensité, dans la localisation et dans le temps, d'un mois à l'autre, parfois même d'une semaine ou d'un jour à l'autre. L'intensité de l'hypertonie et du tremblement se modifie parfois avec une brusquerie qui leur donne un

véritable caractère de *crise paroxystique*. Ces crises d'hypertonie ou de tremblement peuvent alterner avec de la catatonie typique, avec de l'hypertonie ou même avec une suspension brusque du tonus (cataplexie). Parfois, on observe une hypertonie des membres supérieurs avec hypotonie des membres inférieurs, ou inversement. Souvent enfin, nous avons observé la migration du syndrome du côté opposé où il avait été observé quelques jours auparavant.

Il ne paraît pas non plus exister de concordances rigoureuses entre tels ou tels symptômes ou syndromes psycho-cliniques et les syndromes parkinsoniens. Syndromes moteurs et symptômes psychiques s'associent, se succèdent, alternent ou disparaissent avec une variabilité extrême, créant des formes psycho-organiques associées, alternées ou dissociées, avec des rémissions, des intermissions ou des éclipses, de modalités très diverses sur lesquelles l'un de nous a insisté, depuis plusieurs années déjà, à un point de vue encore plus général, en étudiant les caractères cliniques des infections neurotropes chroniques.

Fait intéressant et qui a été, pour la première fois, croyons-nous, signalé il y a déjà longtemps par Abadie (qui avait noté la disparition du syndrome moteur chez un parkinsonien présentant de l'agitation maniaque), nous n'avons jamais pû constater le syndrome parkinsonien associé aux grands syndromes d'agitation maniaque ou d'agitation catatonique.

En revanche, il se révèle souvent, soit au décours des états psychopathiques, soit même après guérison des troubles mentaux et persistant alors, avec des modalités variables et concuremment avec d'autres troubles organiques variés, pendant des mois et même pendant des années.



En décrivant, dans les affections psychiatriques, les modalités du syndrome parkinsonien, nous n'ignorons pas que ce syndrome a été signalé bien avant nous, dans les psychoses et psychopathies.

Déjà, en 1921, Dide, Guiraud et Lafage (Réunion neurologique internationale) avaient signalé l'existence du syndrome parkinsonien dans la démence précoce. Bernadou, Marchand, Guiraud ont rapporté d'autres cas semblables. Obarrio, Orlando, Parhon et Derevici ont rapproché certaines formes de

mélancolie des syndromes parkinsoniens. Targowla a observé du parkinsonisme au cours d'une psychose anxieuse avec azétonie. Enfin, depuis Miraillé qui, dès 1911, avait signalé, dans un cas de paralysie générale, l'existence d'un tremblement parkinsonien, de nombreux auteurs (Trénel, Marchand, Wickert, Crouzon, Chatagnon, etc.) ont rapporté des exemples de parkinsonisme dans cette affection.

Mais tous ces auteurs semblent estimer que l'existence du syndrome parkinsonien dans les états psychopathiques constitue une rareté ; alors que nos observations établissent que le parkinsonisme se rencontre effectivement dans près de la moitié des cas des maladies dites mentales, se manifestant non seulement dans la démence précoce, la mélancolie anxieuse et la paralysie générale, mais encore dans toutes les formes de la nosologie psychiatrique.

Traduisant l'atteinte, plus ou moins accentuée ou plus ou moins passagère, des régions opto-striées et hypothalamiques (dont l'altération semble bien associée aux perturbations de la régulation des fonctions motrices, vaso-motrices, thermiques, hypniques, etc.), le syndrome parkinsonien observé chez nos malades est toujours associé aux autres troubles psycho-organiques de la même région. Et l'on ne peut s'empêcher d'estimer que sa fréquence si considérable, au cours des maladies dites mentales, constitue, comme le soutient l'un de nous, un argument assez impressionnant en faveur de leur déterminisme par des infections neurotropes, dont on connaît la localisation élective si fréquente pour cette région.

M. Hamel (de Nancy). — Il n'est pas besoin de souligner l'intérêt de la recherche systématique entreprise par M. Petit. Je me permets de lui indiquer, s'il ne les connaît déjà, quelques signes qui facilitent la recherche des petits signes d'atteinte des voies extrapyramidales. Ces signes ont été décrits par M. le médecin-commandant Rouquier, agrégé du Val-de-Grâce.

Le premier est le signe du tremblement provoqué, par la position de fatigue qu'on impose au sujet (membres supérieurs).

Le second consiste à déceler l'hypertonie par la percussion du muscle pectoral du côté où ce tremblement s'est manifesté.

Ce signe peut être modifié par la percussion rapide et suc-

cessive des divers faisceaux du pectoral au niveau des insertions costales (signe du clavier de Rouquier).

M. Froment (de Lyon), insiste à nouveau sur la nécessité de se plier à des techniques d'examen qu'il a fait connaître — et qui sont aussi objectives que de recherche délicate — toutes les fois qu'on veut faire preuve de parkinsonisme.

Il est convaincu qu'on parviendra ainsi à déceler — ainsi que dans les cas fort intéressants relatés par M. Petit — des parkinsonismes latents, donnant la clef de syndromes revêtant l'allure de troubles purement psychiques ou névropathiques.

Attitudes d'encéphalite léthargique d'onirisme actif rappelant des attitudes de grande hystérie

par MM. J. Froment et B. Pommé (de Lyon)

Depuis que l'encéphalite léthargique s'est installée en pathologie nerveuse et y a conquis la place que l'on sait, elle n'a cessé de se signaler par la singularité et par la polymorphie de ses aspects cliniques. De tous ceux qu'il nous a été donné d'observer, celui que nous allons relater nous a paru un des plus curieux.

Le 19 décembre 1929 avait été admis, dans le service de l'un de nous, une jeune femme de 20 ans, récemment accouchée, qui depuis la veille était tombée dans un état faisant figure de coma. Mais dès qu'on l'approchait et que, pour l'examiner, on la découvrait, on était intrigué par les attitudes plastiques et passionnelles de ce singulier coma. Mieux que toute description les dessins, pris sur le vif, que nous projetons, en donnent l'idée.

Pour tout observateur, ces attitudes aussitôt évoquaient celles qu'avait vulgarisées la grande hystérie d'antan. Les dessins que nous avons projetés ne sont-ils pas comparables à ceux-ci que nous empruntons au livre si abondamment illustré que P. Richer, en 1881, avait consacré à l'hystéro-épilepsie ou grande hystérie.

Les attitudes, à n'en pas douter, étrangement se ressemblent, mais y a-t-il identité ? Pourrait-on, chez notre malade, risquer de commettre une erreur de diagnostic ? Certes non, et ceci pour toute une série de raisons.

La malade était fébrile. Elle avait uriné abondamment dans son lit, ce que la femme hystérique — actrice toujours soucieuse de se mettre en valeur — jamais ne fait. Sa mimique ne cadrait nullement d'ailleurs avec les attitudes prises et ceci tout de suite nous frappa. Elle était complètement amorphe. C'était la mimique atone, détendue et inexpressive de la femme qui dort. Ajoutons que, bien différente de l'hystérique qui se

montre et s'étale avec complaisance, celle-ci gesticulait discrètement sous ses draps et pourrait-on dire en catimini. De l'hystérique elle se distinguait encore par ceci : elle restait inaccessible à toute contre-suggestion. La présence, les remarques, les paroles de l'observateur ne modifiaient en rien le cycle de ses attitudes qui se déroulaient, dans un autre plan, celui du rêve.

Il était manifeste, en effet, qu'il s'agissait d'une encéphalite léthargique en phase d'onirisme actif. Les attitudes passionnelles, d'allure assez provocante, ne faisaient sans doute qu'objectiver les rêveries d'une jeune femme et d'une récente accouchée.

Des injections intraveineuses d'uroformine furent aussitôt prescrites. En 3 jours, la température de 39-40°, retomba à 37°. La léthargique se réveilla, mais d'abord resta confuse. Elle répondait mal aux questions, avait un psychisme d'enfant. Elle croyait sa fille morte. On constatait en outre une rigidité discrète du poignet, avec roue dentée du type dystasique, rappelant la rigidité parkinsonienne.

Dix-sept jours après la défervescence, nouvel épisode fébrile de 5 jours, atteignant un seul jour 39°5. La malade, de nouveau léthargique, reprit les mêmes attitudes. On constata quelques signes dissociés d'irritation pyramidale : à droite, trépidation épileptoïde typique, simplement ébauchée à gauche ; exagération des réflexes de défense à droite. Au sortir de l'état léthargique, de nouveau état confus : la malade s'imagina que sa famille était morte et qu'on voulait lui faire du mal. Elle avait des hallucinations et essaya, en chemise, de s'échapper du service. Mais peu à peu, comme après le premier épisode fébrile, l'état confus se dissipa, la malade se normalisa de nouveau.

Dix-huit jours après cette deuxième poussée thermique — la température étant restée aux environs de 37°4-37°6 — troisième poussée thermique atteignant 39°4, un seul jour, et ne durant en tout qu'une semaine, avec crise convulsive, délire, puis état léthargique. Lorsqu'elle en sortit, elle présenta des hallucinations, poussa des cris de frayeur, ne reconnut pas son mari, mais l'état confus se dissipa plus vite que les précédentes fois.

Quatre ans se sont écoulés depuis lors ; la malade est demeurée guérie sans aucun épisode nouveau. Il est vrai qu'elle a subi un long traitement anti-infectieux de plus de deux ans. La rigidité latente du début a disparu : il n'y a aucune ten-

dance au parkinsonisme. Le psychisme et le comportement ne laissent rien à désirer.

On a parfois, à propos des syndromes striés, prononcé le nom de syndromes hystéroïdes organiques. Nous ne pouvons accepter cette désignation.

Tout nous porte à opposer, au contraire, le syndrome strié à l'accident hystérique et non moins pour en revenir à notre malade, l'onirisme actif à l'accident hystérique. Ces états peuvent avoir de vagues analogies, mais ils ne sont pas vraiment comparables, on ne peut les assimiler, si l'on y regarde de près.

On doit, à propos de l'encéphalite et des états striés, redire ce que Babinski, dès 1890, proclamait après avoir minutieusement confronté pyramidal et hystérique (1). La reproduction qu'offre ce dernier « peut, déclarait-il, paraître parfaite à un observateur peu attentif. Mais il n'y aura pas de méprise pour un neuro-pathologiste exercé..., la copie se distingue aisément de l'original ». A la fin de sa féconde carrière en 1928, Babinski affirmait encore, et avec l'assurance que lui donnait 40 ans d'observation tenace et scrupuleuse. « On a déclaré que le fossé n'est pas aussi profond qu'on le prétend généralement entre les manifestations pithiatiques les plus indiscutables et les troubles d'origine lésionnelle. A mon avis, ces deux ordres de troubles sont séparés, en ce qui concerne leur nature, non par un fossé, mais par un abîme. »

Au lieu de déclarer similaires ces étranges et nouveaux états de neuro-pathologie organique — qu'a suscité l'encéphalite épidémique — et l'hystérie légendaire, qui s'est singulièrement raréfiée depuis qu'on y porte moins d'attention et qu'on la combat mieux — il faut s'attacher à bien les confronter. Il faut chercher les différences, car la science n'est que distinction.

Ne doit-on pas, à propos des prétendus syndromes hystéroïdes, rappeler la remarque que faisait Pascal dans le *Traité sur l'esprit de géométrie*. « Il n'y a rien de plus permis, écrivait-il, que de donner à une chose qu'on a clairement désignée, un nom tel qu'on voudra. Il faudra seulement prendre garde qu'on n'abuse de la liberté qu'on a d'imposer des noms en donnant le même à deux choses différentes. »

---

(1) J. Froment. — Babinski — après Charcot et après Duchenne de Boulogne — devant le problème de l'Hystérie. *Journal de Médecine de Lyon*, 20 juin 1934.

Dédoublement de la personnalité et amnésie profonde avec obnubilation intellectuelle — persistant 5 ans après des encéphalites épidémiques — guéries avec « restitutio ad integrum », après cures prolongées d'insuline.

par M. J. Froment (de Lyon)

Plus exceptionnels que les troubles moteurs de la série striée, les troubles psychiques n'en revendiquent pas moins une part notable des séquelles de l'encéphalite épidémique. Ils ont été bien décrits par Truelle et Petit dans leur rapport au congrès de Quimper (1922), par Mlle Gabrielle Lévy dans sa thèse, et par F. Naville, dans son article de *l'Encéphale* consacré à l'étude de la bradyphrénie. Ils ont encore fait, de notre part, l'objet de deux communications — l'une avec Martine en 1923 au Congrès de Besançon, communication intitulée *Actes automatiques liés à l'état léthargique encéphalitique* — l'autre avec Larrivé à la réunion internationale de la Société de neurologie de juin 1927, communication intitulée *Onirisme actif et encéphalite léthargique*. Nous y montrions qu'en état de véritable *somnambulisme diurne* ces malades pouvaient commettre des actes étranges qu'à tort l'on avait pris pour équivalents comitiaux. Ne s'en défendent-ils pas comme le narcoleptique de son invincible sommeil en évitant (surtout après le repas) de se livrer à des travaux trop tranquilles. Il ne s'agit nullement là affirmions-nous, après avoir longuement étudié et suivi nos malades, d'équivalents psychiques de crises comitiales, mais bien d'*équivalents psychiques de l'attaque cataplectique*.

Cette nécessité d'apparenter à l'homme endormi, le sujet gardant après encéphalite épidémique quelque séquelle mentale, ne s'est pas imposée à nous seuls. F. Naville, à propos de la bradyphrénie, n'a-t-il pas écrit: « Comme un homme à moitié endormi, le léthargique post-encéphalitique se

réveille pour un instant, si un stimulant extérieur vient suppléer à l'absence de stimulant intérieur : chez tous deux, le trouble provient en partie de l'absence d'une fonction qui sert de moteur aux activités intellectuelles et mentales comme à l'activité motrice. »

Delbeke et Van Bogaert soulignant l'association fréquente de troubles psychiques aux crises oculogyres, ainsi que leur synchronisme n'ont-ils pas mis, les uns comme les autres sur le compte d'une dissociation de la fonction du sommeil.

En sus des questions de pathogénie, ces séquelles psychique de l'encéphalite épidémique posent des questions de pronostic et de thérapeutique de première importance. Qu'on en juge par la brève relation des faits suivants.

Peu après un accouchement, une jeune femme présentait, en 1923, une pleurésie suivie d'un état de confusion mentale avec délire onirique, et diplopie transitoire. Consécutivement, s'installait un dédoublement de la personnalité. Au cours d''états seconds — que faisaient apparaître fatigue et émotion — elle adoptait le parler de la fillette et plus ou moins sa psychologie, mais redevenait entre temps la jeune femme intelligente, cultivée et avisée qu'elle était.

L'aspect de l'écriture décelait immédiatement l'état semiconfus de la malade. C'étaient des lettres grosses et inégales, qui montaient, descendaient sans s'astreindre à aucune discipline. Les lignes se rapprochaient, et parfois, plus ou moins, tendaient à se chevaucher. L'orthographe et la ponctuation étaient par contre habituellement respectées. Il y avait peu d'agrammatisme. L'expression était un peu plus enfantine, mais le style restait imagé ; il l'était même un peu plus qu'à l'état normal. Il se pliait à une véritable esthétique. On songeait à certains styles modernes et notamment aux livres de Marguerite Audoux.

On eut dit, pour peu qu'il ne fut pas trop accusé, que l'état de rêve avait pour effet de supprimer cette censure intérieure, dont parle Freud, qui impose à nos paroles et à notre mimique un masque social de convention. Impressions fugaces, pensées intercurrentes et, pourrait-on dire, parasites de divers ordres, se laissaient plus facilement deviner, devenaient plus apparents, sans d'ailleurs jamais déceler ni équivoque, ni complexe freudien.

Mais, à d'autres moments, les troubles s'accusaient. l'état hallucinatoire se précisait ; ce n'était plus un état de semi-

veille, c'étaient des cauchemars avec lesquels, les yeux ouverts, se débattait l'intéressée.

De 1924 à 1929, pendant plus de cinq ans, états seconds et dédoublement de la personnalité subsistèrent. Ils allèrent même en s'intensifiant. De jour en jour, la situation se corsait et devenait plus tragique. L'enfant de la malade qui grandissait pourrait-il continuer à voir sans risques sa mère faire à tout instant figure de fillette de son âge ? Et celle-ci, qu'obsédait cette odieuse petite fille qui venait sans cesse prendre sa place n'allait-elle pas commettre quelque acte irréparable. Elle parlait sans cesse de faire disparaître l'intruse. Il fallait la surveiller nuit et jour pour parer au risque de suicide.

Que faire, quand l'urotropine et la médication anti-infectieuse très longtemps prolongées n'avaient absolument rien donné ? La situation ne devait-elle pas, après 5 ans, être tenue pour inextricable et définitive ?

Cet état avec lequel nous nous étions battus sans résultat appréciable de 1924 à 1929, ne commença à se modifier que du jour où nous eûmes institué, à titre expérimental, le traitement insulinique (octobre 1929).

Nous y avions été conduit par nos recherches sur le parkinsonisme qui ici, cependant, n'était nullement en cause.

L'organisme nous avait semblé, du fait de l'encéphalite épidémique, avoir perdu le secret du maintien économique des attitudes. L'état de surmenage qui en résultait n'était-il pas la cause profonde de nombre de séquelles post-encéphaliques ? Cette hypothèse de travail, aboutissant d'une longue suite d'études physio-cliniques et bio-chimiques de l'état parkinsonien, nous avait déjà incité à recourir à l'insuline dans un cas de cachexie parkinsonienne. Le remarquable succès obtenu dans ce cas n'incitait-il pas à y faire appel encore dans d'autres ?

Les séquelles psychiques elles-mêmes pouvaient fort bien n'être que fonction de sommeil pathologique dissocié et déréglé — la somnolence étant accrue du fait de la viciation du mécanisme de stabilisation automatique, requis par la station debout. S'il en était ainsi, les séquelles psychiques pouvaient être justiciables elles-mêmes de l'insuline, dont on savait toute l'importance dans la physiologie musculaire.

Si aventurée que parût une telle induction, la cure prolongée d'insuline dénoua une situation, qu'après 5 ans de lutte

inefficace, il était légitime de tenir pour inextricable. D'octobre 1929 à octobre 1930, cinq unités furent régulièrement administrées *pro die*, atténuant les états seconds, dissipant l'état de cauchemar et les impulsions au suicide, permettant la reprise d'une vie demi-active. D'octobre 1930 à octobre 1931, la dose fut portée à 10 unités *pro die* avec interruption d'un mois sur deux ; l'intéressée sentant parfois la nécessité d'y recourir avant terme. Cependant, l'état se transformait et, un an et demi après le début de la cure insulinique, cette transformation aboutissait à une guérison complète.

Depuis octobre 1931, la cure a pris fin. La *restitutio ad integrum* est si complète que la malade, depuis lors, mène une existence de travail intellectuel et de travail intense. Il ne serait pas excessif de dire qu'elle est redevenue apte à se surmener. Elle n'a cessé de le faire, sans que son état antérieur ne fasse mine de renaître.

Cette séquelle psychique post-encéphalitique n'est pas la seule qui ait été dissipée par le traitement insulinique. En voici une autre qui lui est contemporaine et qui, à la suite d'une cure encore plus prolongée, suit la même évolution.

Atteinte d'encéphalite épidémique larvée en 1923, une institutice de 40 ans présenta, de 1928 à février 1930, date du début de la cure insulinique, un état d'obnubilation intellectuelle avec amnésie profonde. Elle était la proie d'une torpeur insurmontable. S'éveiller, se lever, sortir, agir vite et en temps voulu, n'était plus possible. Aucune nécessité, même pressante, n'entraînait l'action. Il y avait perte complète de l'attention et de la compréhension. Lire, écrire, suivre une conversation, faire appel à la mémoire d'une manière précise, saisir une pensée, retrouver un souvenir au moment voulu, était impossible. Voir nettement, choisir, classer, distinguer les objets ou les sons était pénible, parfois impossible. Elle ne comprenait plus une phrase musicale et ne retrouvait plus les chansons anciennes.

Elle retrouvait difficilement son chemin ; était obligée sans cesse de le demander. Entendait-elle le bruit d'une motocyclette, elle avait l'impression qu'elle venait de droite, alors qu'elle se présentait à gauche.

Les mots n'éveillaient rien en elle ou très tardivement. Entendant parler du Musée Grévin, qu'elle avait visité avec soin autrefois, elle ne comprenait plus de quoi il s'agissait. Ce ne fut qu'au milieu de la nuit que, soudain, tout s'éclaira:

elle revit les salles et les vitrines du musée. Elle était la proie d'une angoisse paralysante. Elle n'était plus du tout maîtresse de son émotivité, qu'ébranlaient les motifs les plus ridicules.

Ici encore, les injections d'urotropine ne modifièrent en rien un état qui pouvait dès lors être tenu pour séquellaire. De février 1930 à 1934, le traitement insulinique fut continué au taux de 10 unités, d'abord régulièrement, puis par intermittence, permettant une réadaptation au travail intellectuel, d'abord fort laborieux, puis plus facile. Finalement, cette institutice, après 3 ans et demi de traitement, a pu reprendre sa classe activement, la tenir toute l'année et faire preuve d'initiative. Le voile qui obscurcissait sa pensée s'était enfin déchiré.

Il serait prématuré de dire ce qu'en cas de séquelle psychique d'encéphalite épidémique, on peut ou non escompter du traitement insulinique. Nous nous bornons à attirer l'attention sur ces deux faits que nous avons longuement et minutieusement suivis.

En viciant les mécanismes de stabilisation et de régulation somnique — conditions de l'équilibre physique et de l'équilibre psychique de l'homme — l'encéphalite épidémique peut engendrer non seulement des désordres physiques (parkinsonismes) mais aussi des désordres psychiques. Ces troubles sont souvent la conséquence du surmenage musculaire, surmenage qu'entraîne l'altération du mécanisme qui assure automatiquement et économiquement le maintien des attitudes statiques et c'est pourquoi l'insuline peut parfois y remédier.

Bien qu'agissant surtout au niveau du muscle, l'insuline peut indirectement, en pareil cas, agir sur le psychisme. Sa fonction principale, on le sait, consiste à assurer le processus de Meyerhof, c'est-à-dire cette réaction complexe dans laquelle l'oxydation du glucose et la synthèse du glycogène sont liées l'une à l'autre. Ses heureux effets, dans le traitement des séquelles parkinsoniennes ou psychiques de l'encéphalite peuvent être mis sur le compte du rétablissement du métabolisme musculaire normal, de la disparition de l'acide lactique, de la préservation des matières protéiques, de la récupération des propriétés physiologiques musculaires optima.

Atténuant l'invincible fatigue et la somnolence non moins invincible qui lui est corrélative, l'insuline peut indirecte-

ment permettre le rétablissement de l'équilibre psychique. Vivant trop dans le rêve, et dans un rêve d'autant plus fortement charpenté qu'il était fait dans un état demi-vigile, l'encéphalitique si bien organise que celui-ci en arrive à concurrencer la réalité, à la neutraliser. En leur donnant de plus complets et de plus durables réveils, l'insuline permit à nos malades de reconquérir et de garder leur place dans le réel. Et c'est ainsi sans doute qu'elle les normalisa.

Ce n'est pas à l'insuline seule, mais non moins à la reprise d'une vie active qu'elle rendit possible, à la réadaptation qui, de nouveau, riva au monde extérieur ces malades dont le rêve et l'état soporeux dévoraient la vie, que fut dûe sans doute la *restitutio ad intregrum*.

L'histoire de ces deux cures ne légitime-t-elle pas, en tout cas, la remarque que James Parkinson faisait en 1817 dans l'inoubliable opuscule intitulé *An essay on the Shaking Palsy*. « Admettre une hypothèse avec circonspection, écrivait-il, procure des avantages particulièrement évidents dans les sciences qui ont pour but l'art de guérir. » N'est-ce pas l'avantage que nous avons tiré de notre hypothèse de travail sur la génèse du parkinsonisme et des séquelles post-encéphalitiques?

Sur la fréquence des symptômes infundibulo-tubériens, associés souvent aux syndromes anxieux en psychiatrie.

par M. Georges PETIT,

Médecin-Chef de la Maison de Santé de Ville-Evrard

Si, dans l'étude des maladies dites mentales, on veut bien consentir à ne point polariser son attention sur les seuls troubles d'ordre psychologique, on s'aperçoit que, dans la très grande majorité des cas (plus de 83 % des cas, dans nos observations), se manifestent des troubles organiques multiples qui traduisent des altérations — en général multiples, mais parcellaires — d'un grand nombre d'appareils de l'économie, en particulier, du système nerveux.

Parmi ces derniers troubles, il nous a paru fréquent d'observer des troubles neuro-végétatifs assez particuliers qui, par leurs caractères, paraissent traduire une atteinte plus ou moins diffuse ou plus ou moins limitée du diencéphale moyen, de la région infundibulo-tubérienne. Ces symptômes, qui correspondent aux signes localisateurs relevés dans les tumeurs du 3e ventricule, dans les méningites séreuses, etc., nous ne pouvons que les énumérer, en ajoutant seulement, faute de place, quelques brefs commentaires.

Les troubles de la régulation du sommeil (hypersomnie, crises de narcolepsie, associées fréquemment à de l'asthénie et à des crises de cataplexie) se rencontrent chez nos malades, avec une durée très variable, mais avec une remarquable constance, principalement dans les périodes qui précèdent les paroxysmes psychopathiques (invasion), mais surtout dans celles qui les suivent (convalescence).

La glycosurie et le diabète polyurique apparaissent d'observation fréquente, si l'on s'astreint à examiner de temps en temps les urines. Ces symptômes se manifestent souvent par périodes ou même par crises, en particulier au début des périodes maniaques ou hypomaniaques de la psychose

maniaque, dépressive et de la cyclothymie. Chez ces malades, la polyurie paraît souvent liée à un *besoin d'eau*, à une *soif obsédante* qui explique sans doute que la dipsomanie soit si souvent associée à des crises hypomaniaques. Nous l'avons vu alterner avec des *crises d'hyperorexie* ou *boulimie*, souvent nocturnes.

Le besoin d'oxygène (Tournay) est constant chez tous les anxieux ; il est exacerbé, comme l'anxiété, pendant la nuit et pousse les malades à briser les vitres « pour avoir de l'air ».

Les troubles de la régulation thermique sont également constants dans toutes les maladies dites mentales (hyperthermie dépassant souvent 38° au début des accès maniaques, hypothermie des anxieux, des délirants hallucinés, etc.) quelquefois si accentuée (35° et même 34°), qu'il est nécessaire d'employer des thermomètres spéciaux pour sa mesure.

Les troubles dystrophiques sont habituels, surtout dans les psychoses prolongées ou périodiques, et persistent de longues années après la disparition des troubles mentaux (obésité anormale, de type diencéphalique, variations rapides de poids, etc.) en particulier chez les jeunes malades où le *syndrome adiposo-génital* n'est pas rare, de même que *la macrogénitosomie précoce*. La cachexie vésanique n'est sans doute, dans la plupart des cas, qu'un *syndrome de Simmonds*. Mon Maître, M. L. Marchand, vient d'en publier un beau cas, avec atteinte exclusive de la région infundibulaire et intégrité de l'hypophyse, chez une malade qui présentait un syndrome périodique (*Soc. Méd. Psychol.*, 12 juillet 1934).

Beaucoup de « crises nerveuses » ou de « crises dites hystériques » ou « hystéroïdes », observées chez les anxieux, les périodiques, les déments précoces, les délirants hallucinés, principalement au début de leur affection, revêtent des caractères vraiment tout à fait comparables à ceux des crises neurovégétatives de l'*épilepsie diencéphalique de Wilder-Penfield*, soit complètes, soit plus souvent frustes : crises de bâillements incoercibles, de vaso-dilatation cervicale, d'hypersécrétion lacrymale ou sudorale, d'horripilation, etc. Nous en observons actuellement un cas chez une très ancienne périodique, où ces crises se produisent pendant les périodes intercalaires et durant la nuit (alternance des crises mentales et des crises neuro-végétatives).

L'urticaire, associé ou alternant avec ces manifestations, n'est pas rare, ainsi que les *troubles circulatoires* (crises de

tachycardie, extrasystoles, rythme embryocardique, bouffées de chaleur, rougeur subite de la peau, etc.). Nous avons également observé des *anémies* à types dits *cryptogénétiques.*

Ces signes particuliers sont souvent associés à des symptômes d'ordre plus banal :

troubles oculaires (hémianopsie, baisse de l'acuité visuelle, ophtalmoplégies dissociées, etc..., quelquefois même stase papillaire) ;

troubles moteurs de la série pyramidale ou extra-pyramidale (parkinsonisme fruste, crises d'hypertonie) associées souvent à des crises convulsives épileptiformes, « hystéroïdes », à de la cataplexie fréquente, à des myoclonies, du tremblement, des parésies, des contractures, etc. ;

troubles sensitifs, ou vaso-moteurs, de type thalamique, etc.;

enfin, *hypertension intracranienne* quasi constante, (30 à 50 au manomètre de Claude), qui s'accompagne de céphalées, de vomissements, de vertiges, de constipation.

Nous ne pouvons insister ici, surtout après les travaux de Claude, Lhermitte, Froment, Baruk, sur *les troubles oniriques* de nos malades, les rapports de l'onirisme avec la narcolepsie, etc... Mais, quand on évoque les beaux travaux de notre regretté maître Régis qui, il y a plus de cinquante ans, a mis en valeur l'onirisme et montré le rôle considérable en pathologie mentale des idées délirantes et des délires post-oniriques, avec leur ténacité si prolongée et si imperméable à toute expérience, on a l'impression que les travaux récents viennent, — en apportant la signature de l'organicité aux observations géniales du maître — orienter vraiment vers une voie fructueuse nos conceptions de la pathogenèse des délires.

Nous voudrions simplement noter, chez nos malades, *au point de vue psychique,* la fréquence, pour ne pas dire la constance :

des *illusions* et des *hallucinations olfactives,* ce qui cadre, sans doute, comme l'a bien indiqué Laruelle (*R.N.*, 1er juin 1934) avec la prédominance anatomique et physiologique de la sphère olfactive dans le diencéphale moyen ;

des *alternances* assez brusques *d'immobilité,* avec *mutisme,* et *d'excitation hypomaniaque joyeuse,* comme chez la malade dont nous avons résumé l'observation (Discussion sur les tumeurs du 3e ventricule) ;

enfin, et surtout, de *l'anxiété,* continue ou plus souvent paroxystique et à exacerbations nocturnes. Très fréquente,

pour ne pas dire constante, dans toutes les variétés des maladies mentales, très accusée surtout pendant les phases initiales, l'anxiété peut aussi se prolonger pendant des mois et pendant des années. A notre avis, elle constitue un *syndrome essentiellement organique, lié à des perturbations des centres neuro-végétatifs* ou des voies de conduction qui les unissent aux autres centres du névraxe. L'esprit traduit seulement d'abord ce désordre, ce désarroi organique profond par des sentiments simples d'inquiétude, de crainte, de frayeur. « J'ai peur, j'ai peur », disent les malades. — « De quoi ? » — « Je ne sais pas, mais j'ai peur ! » Et ce n'est que plus tard que les idées délirantes secondaires viennent tenter d'expliquer le sentiment anormal primitif. Nous avons indiqué, il y a plus de dix ans, dans l'encéphalite épidémique, ces états d'*anxiété pure* et nous les avons retrouvés chez nos malades, présentant des signes d'altération de cette région mésodiencéphalique. Comment s'étonner de pareils désarrois quand on songe à la complexité physiologique, à l'importance régulatrice réflexe de l'hypothalamus, à sa richesse en centres neurovégétatifs, dont les perturbations modifient si profondément le métabolisme de l'organisme tout entier ? Notons également la fréquence, dans l'anxiété, de l'excitation génitale, si fréquemment observée dans les syndromes infundibulo-tubériens des méningites séreuses (H. Claude), de l'encéphalite épidémique, etc...

Il ne nous est pas permis de poursuivre des considérations psycho-organiques qui mériteraient, à notre avis, de plus amples développements.

Indiquons seulement, pour terminer, que Dide et Guiraud, dans la démence précoce hébéphréno-catatonique, H. Claude et Lhermitte, dans la paralysie générale et la démence précoce, L. Marchand, dans deux cas de psychose périodique, ont indiqué déjà que les symptômes infundibulo-tubériens se rencontraient dans ces affections. Notre observation personnelle nous a montré que les signes hypothalamiques, loin de constituer des raretés, étaient fréquents dans toutes les formes de la pathologie mentale, et nous avons pu les relever, non seulement dans les psychopathies organiques (paralysie générale, formes psycho-organiques des névraxites épidémiques classiques, épilepsie, etc...) et la démence précoce, mais aussi dans toutes les psychoses : psychoses périodiques de type maniaque dépressif, délires hallucinatoires chroniques ou interpré-

tatifs, bouffées délirantes polymorphes, enfin et surtout psychoses polymorphes à prédominance d'anxiété.

Certes, dans la plus grande partie de nos observations, ces symptômes hypothalamiques sont rarement groupés en syndromes aussi caractérisés que dans les affections neurologiques. Ils sont, le plus souvent, *frustes, légers, inconstants* et *fugaces, dissociés,* selon une loi générale qui peut s'appliquer à tous les troubles *organiques* observés en pathologie mentale. Mais quelquefois, également, ils sont au premier plan, comme dans l'observation citée plus haut.

La pathogénie de ces troubles est vraisemblablement liée à des altérations inflammatoires, souvent peu accusées sans doute et transitoires des parois du 3e ventricule, à une épendymite ventriculaire, peut-être à une atteinte des plexus choroïdes, enfin à une hypertension intra-cérébrale, dont les variations fréquentes ont été bien indiquées par Meignant.

Quant à l'étiologie, elle nous paraît infectieuse et en rapport, — suivant une doctrine que nous avons exposée au Congrès de Limoges (1932), — avec des infections neurotropes chroniques à réactivations diverses dont les névraxites, dites épidémiques, constituent le type. Dans un cas de psychose périodique à double forme, où le malade avait présenté un syndrome d'adiposité avec polyurie et polydipsie, notre maître, L. Marchand (*Soc. Clin. Méd. Ment.,* 19 novembre 1928), a noté, outre des lésions de méningite cérébrale et cérébelleuse de type hyperplasique, des lésions cellulaires, une périvascularite, avec prolifération de l'épithélium du 3e ventricule qui a pris un aspect festonné, etc., « toutes lésions qui se rapprochent, ajoute-t-il, de celles observées dans les encéphalites, en particulier dans l'encéphalite épidémique ». Ces constatations anatomo-pathologiques semblent donc plaider en faveur de notre conception.

Localisations viscérales tuberculeuses et guérisons psychopathiques

par MM. Christy, Balvet et Mathon (de Lyon)

Les observations résumées que nous avons l'honneur de vous rapporter concernent des sujets qui consécutivement à une affection tuberculeuse, ont vu leur état mental s'améliorer d'une façon tout à fait inattendue. Nous avions porté le diagnostic de démence primaire des jeunes pour la première observation. Les deux suivantes étaient classées par nous dans le cadre des psychoses schizophréniques. En ce qui concerne la quatrième, nous n'avions pas affirmé la schizophrénie. De tels faits ont été souvent rapportés et cela nous dispensera d'indications bibliographiques.

Observation I. — D... L..., 18 ans, entré à la clinique psychiatrique le 28 mai 1932. Le certificat mentionne : état psychopathique discordant, inertie psychique, négativisme, réactions paradoxales, anxiété grave, idées de suicide ; impressions de transformations, de modifications corporelles.

L'entourage avait remarqué un changement notable dans le comportement. Ne travaillant presque plus, restant indifférent, il parlait de vagues malaises qu'il attribuait à des transformations de ses organes internes. L'indifférence à l'égard des siens, son comportement à l'asile, la bizarrerie de ses propos, les sourires discordants, la suggestibilité et même un certain degré de persévération des attitudes, tout cela plaidait en faveur d'un état hébéphréno-catatonique, d'une démence précoce, d'une démence primaire des jeunes.

Un traitement par choc (vaccin-anti-chancrelleux) sembla améliorer le malade, mais par la suite (en novembre 1932) il devint gâteux, impulsif, irritable, n'ayant pas la moindre occupation.

Sept mois après son admission (en décembre 1932), le malade fait une pleurésie séro fibrineuse dont la nature tuberculeuse était certaine et dans les mois qui suivirent le sujet s'améliore rapidement à ce point qu'actuellement il fait la critique de son état, répond bien, s'occupe dans le service, aide les infirmiers. On conseille une sortie d'essai.

Observation II. — V... Marguerite, 24 ans, entrée à la clinique psychiatrique en août 1932. Le diagnostic du certificat d'admission disant débilité mentale, état subconfusionnel fut infirmé par la suite et le diagnostic de démence précoce fut porté. On notait, en effet, de l'indifférence affective, de l'autisme, de la discordance, les actes étaient immotivés, stéréotypés. La malade était très érotique. Nous en sommes là lorsqu'en février 1934 se produit une pleurésie séro fibrineuse, tuberculeuse ; dans les semaines immédiatement précédentes s'est ébauchée une amélioration mentale qui va s'accentuer rapidement et qui aboutira en peu de temps à la guérison et en mai 1934 la malade sort de l'asile.

Observation III. — R... Germaine, 26 ans, entrée le 17 mars 1933, avec le syndrome suivant : stupeur, mutisme absolu, négativisme, ébauches catatoniques, gâtisme par intermittence. En septembre 1933 une amélioration assez nette s'est produite ; dans les mois qui suivent, la malade s'occupe un peu dans le service, mais son activité est automatique. Apathique par moments, elle parle, rit et chante à d'autres moments.

En mars 1934 la malade est alitée avec de la fièvre, et l'on décèle des signes bilatéraux de tuberculose pulmonaire. Le bacille de Koch est présent dans les crachats, et très rapidement l'état mental s'améliore. L'interrogatoire, le comportement ne décèlent plus rien d'anormal.

La malade sort en avril.

Observation IV. — P... Henriette, 35 ans, entrée le 6 juillet 1933 à la clinique psychiatrique. On mentionne dans le certificat d'admission : état délirant caractérisé par des idées mystiques et des idées de possession par Satan. A l'asile, en effet, la malade prétend être possédée du démon parce qu'elle a eu de mauvaises pensées sexuelles qu'elle ne peut chasser ; mais il ne semble pas s'agir d'un délire très actif, peut-être même d'une croyance légitime chez une femme très religieuse. En revanche ce qui frappe ce sont les troubles du caractère. Très irritable, pour des motifs futiles, elle giflait ses compagnes et manifestait de l'hostilité vis-à-vis du personnel.

En juin 1934 ces troubles du caractère s'amendent, le comportement devient normal. Mais l'état général décline, la malade maigrit tousse et crache (les bacilles de Koch sont trouvés dans les crachats). Elle présente actuellement une tuberculose pulmonaire bilatérale, très rapidement extensive telle que le pronostic *quoad vitam* semble devoir être bien sombre à brève échéance. L'état mental est présentement excellent. La malade va pouvoir être évacuée incessamment sur un hôpital.

Comment pouvons-nous interpréter ces faits ? Evidemment, on peut parler de simples coïncidences, et nous n'avons pas d'arguments décisifs pour réfuter cette opinion. On peut encore se borner à admettre la seule action pyrétothérapique, la maladie intercurrente, bienfaisante, judicieuse et vieille idée dont les traitements modernes de la paralysie générale se sont inspirés. On peut encore, en matière d'hypothèse, dire ceci : il n'est pas absurde de penser que psychoses et affections corporelles ont procédé de la même étiologie, en l'espèce la tuberculose. Et c'est bien peut-être parce que la maladie tuberculose s'est localisée que nos malades ont guéri psychiquement. Si notre interprétation, simple et fragile hypothèse, nous voulons le répéter, n'est pas trop osée, on nous permettra une comparaison. Les paralytiques généraux que nous avons vu guérir après la malariathérapie associée aux arsenicaux pentavalents ont souvent présenté des accidents syphilitiques localisés, fait signalé d'ailleurs par bien des auteurs, comme digne de remarque si l'on songe que la paralysie générale réalise un processus diffus et superficiel.

Tels sont donc les faits que nous voulions vous soumettre ; nous nous gardons bien de tirer de hâtives conclusions, nous avons simplement dit quelle façon de voir nous avons adoptée, persuadés que nous sommes que si les théories psychologiques font comprendre la superstructure des psychoses, la biologie doit en donner la clef.

M. Léonet (de Lyon) s'associe pleinement aux commentaires et conclusions de Christy, mais il pense que, dans certaines conditions, cette notion de balancement psycho-somatique des troubles est assez générale pour permettre d'établir un pronostic mental en fonction de l'état somatique, question à laquelle d'ailleurs, il réservait un article en août 1928.

Souvent en effet les malades voient apparaître leur bouffée de psychose en même temps qu'une poussée d'une affection latente, d'une tuberculose par exemple, dont un examen minutieux permet de formuler le diagnostic ; ou bien encore la manifestation mentale aura apparu de façon contemporaine à l'amélioration apparente de l'état physique antérieurement mauvais. C'est le cas d'une bouffée confusionnelle qui apparaît au cours d'une rémission dans l'évolution symptomatique d'une bacillose. S'agit-il alors de bacillémie avec intoxication passagère du système nerveux, bacillémie qui apparaît alors qu'on pourrait dire que se ferme un exutoire ?

S'agit-il au contraire d'un déséquilibre provoqué par la guérison dans un organisme où l'état pathologique était devenu une habitude, déséquilibre dont on ne saurait déterminer la nature, mais qui peut être transitoire ? Qu'importe l'explication, les faits sont là et, les ayant observés, il faut s'en souvenir à l'occasion pour, en présence de conditions analogues, savoir adoucir la teinte très sombre qui devrait, au contraire, être attachée au pronostic de la démence précoce chez un sujet indemne de toute tare somatique.

Il semble, en somme que le pronostic de l'état mental doit être d'autant plus réservé que le malade a moins fourni de preuves de son pouvoir de résistance à l'agent causal.

Lors d'une psychose contemporaine d'une primo-infection bacillaire par exemple, nous ignorons comment pourra réagir le malade, nous ne connaissons pas ses modes et son pouvoir de défense.

Un autre point: n'est-on pas frappé de la susceptibilité du système nerveux et de ses enveloppes vis-à-vis du bacille tuberculeux dans deux cas : 1° lors d'infection massive au cour des bacilloses aiguës généralisées (granulie très souvent et quelquefois typho-bacillose) ; 2° à l'opposé, *au cours d'infections latentes.* N'est-ce pas en effet au cours des périodes de sommeil, de lésions bacillaires anciennes, connues ou méconnues. que l'on observe le plus souvent la méningite tuberculeuse, alors qu'elle est rare comme phénomène concomittant à une tuberculose à évolution pourrait-on dire chaude, par opposition à ces tuberculoses à bas bruit que l'on pourrait dire froides ? Cette question de bacillose méningée fait songer à cette notion d'exutoire (qui n'est vraisemblablement qu'une image, un faux-semblant). Un tuberculeux pulmonaire évolutif ne fait qu'exceptionnellement, pendant les périodes d'activité de ses lésions, des manifestations méningées, sauf toutefois si cette tuberculose localisée se généralise, auquel cas la méningite n'est qu'un épi-phénomène.

Dans ces observations de Christy, il faut voir une raison de plus d'augurer d'heureux résultats de la thérapeutique antibacillaire, de la chrysothérapie en particulier.

———————

Les toxicomanies en Grèce

par le D[r] Sim. Vlavianos (d'Athènes)

Il y a quelques années encore, on ne parlait en Grèce que de morphinomanie et, en ce qui concerne l'alcoolisme, il n'y avait que l'*œnose* (οἴωυοις, du οἴυος = vin), c'est-à-dire la forme de l'alcoolisme aigu, qui provient du vin, parce que les Grecs modernes ne boivent que du *vin résiné,* et ne subissent que les résultats de l'abus de ce vin. Nous n'avons jamais eu l'alcoolisme chronique de l'*absinthe,* du *vermouth,* de *l'Amer-Picon,* du *Wisky,* de la *Votca* et de divers *Snaps* consommés ailleurs en Europe et en Amérique. Nous avons aussi le *Cognac* et l'*Ouzo,* par lequel s'alcoolise pas mal de population, surtout de quelques provinces et spécialement par la *Tsikoudià* et le *Tsipouro,* fabriqués par nos bouilleurs de cru. Mais comme toxicomanies, depuis quelques années, la morphine a été remplacée par l'héroïne et la cocaïne dans toutes les classes de la Société et le *Haschis* dans les classes ouvrières miséreuses.

Nous sommes privés des Statistiques générales et nous n'avons que les Statistiques du trafic de substances toxiques (héroïne, cocaïne, morphine, haschis) de 1929 à 1933 et avant, qui nous montrent les progrès surtout de la consommation de l'héroïne et les statistiques des Asiles Publics d'aliénés, qui indiquent très nettement que les toxicomanes, d'une année à l'autre, augmentent et, de 5 pour 1.000 que c'étaient à 1928, ont augmenté en 100 pour 1.000 presque à 1933, c'est-à-dire 20 fois plus en 6 années.

Bien entendu, nous ne connaissons pas les chiffres des malades traités dans les Maisons de santé privées. Celles-là ne publient pas, en tant que privées, de comptes rendus, ni d'annuaires. Ainsi, un grand nombre de malades nous échappe. Mais si les statistiques officielles nous parlent de centaines de malades, l'observation de tous les jours et notre expérience nous prouvent que nous devons compter par milliers les toxicomanes, 4-5 milles à toute la Grèce.

En dehors des Médecins aliénistes qui ont étudié les toxicomanies à tout point de vue et des Directeurs des Asiles, il y a aussi les policiers distingués, qui nous ont fournis des renseignements précieux, surtout au point de vue criminologique, sociologique et statistique.

MM. les Docteurs Katsaras (Michel), l'ancien Professeur de Neurologie et de Psychiatrie, Yanniris, Arcalidis, Tastsoglou, Kouretas, Seouras, Moyssidis, Marcomichelakis, Synghelakis, Stringaris et moi-même, comme Aliénistes, et puis MM. Koutsoumaris, Kalyvitis, Archimandritis, Pétounis, le Professeur Gardikas, tous de la police de mœurs, ont publié, sur les toxicomanies en Grèce, des articles ou des études très intéressantes.

L'Association Médicale d'Athènes, sous ma présidence, ainsi que mon *Journal Médical* hebdomadaire, en grec (*Iatriki Ephimeris*), se sont occupés très sérieusement de cette question. Un rapport sur les toxicomanies et l'alcoolisme, rédigé par M. le Professeur Katsaras et moi, et publié aussi en français, dans lequel il y a des propositions tout au long pour combattre ce fléau, a été soumis au Gouvernement Venizélos. Ce rapport faisait partie d'un rapport général sur les maladies les plus graves et c'était l'œuvre de la Grande Commission d'Hygiène publique, nommée *ad hoc* par l'Association Médicale d'Athènes. Faut-il ajouter que les Gouvernements ne se dérangent pas pour de pareilles questions et que rien, absolument rien, n'a été fait pour cela ? Il n'y a que des lois fiscales, mais sans résultats. On ne combat ces fléaux que par des lois seulement.

La publication d'une nouvelle loi 5.539, sur le monopole des médicaments narcotiques et leur contrôle (*Journal Officiel*, n° 198 du 23-6-1932, Tom. A') m'a donné l'occasion de convoquer tous mes Collègues, compétents dans la matière, et discuter avec eux cette question pour aider le Gouvernement hellénique à sa tâche et mettre les choses au point, pour ne pas laisser la presse s'égarer par des suggestions de gens non compétents et pour ne pas laisser non plus un pareil sujet passer sous silence ou exagérer sa portée et son importance.

Cette loi est faite pour compléter l'autre du 14-10-1925 et toutes les deux ont pour but : *a*) de combattre l'usage des médicaments narcotiques dans un but de jouissance et les borner à leur emploi thérapeutique ; b) prévenir et combattre toute tendance de contrebande des narcotiques sur le sol

hellénique ; *c*) la défense, non seulement de la culture, mais aussi de la possession en Grèce de Cannabis Indica (haschis) ; *d*) l'adaptation complète de la législature hellénique envers le contrat signé à Genève « sur l'opium », qui a été ratifié par la loi 4.175 et inséré au *Journal Officiel*, n° 208, Tom. A', du 22 juin 1929.

Il y a deux ans, la Société Philanthropique d'Athènes a obtenu de créer un asile spécial, très élémentaire, pour toxicomanes et tout de suite, on a constaté que, même s'il y avait mille lits, tous seraient occupés par de pauvres diables, ramassés par la police à Athènes et Pirée surtout, et puis un peu partout, en toute la Grèce. C'est l'œuvre de l'imitation, du vagabondage, de la misère, de la dégénérescence mentale des prédisposés, de l'anormalité des jeunes gens, adonnés à tous les sports du vice et du mal, de la propagande éhontée de ceux qui sont atteints envers leur entourage qu'ils invitent à faire de même, propagande très énergique, je dirai même satanique, si l'on croit à des racontars sur diverses personnes, même de la haute Société, qui ramassent des victimes et leur font goûter les délices de l'héroïne, de la cocaïne et même du haschisch. C'est un spectacle navrant que de visiter les dépôts de Sections de la police d'Athènes et de Pirée, de voir et entendre les cris exaspérés et maniaques de ces malheureux, cherchant les *poisons agréables* et, pour eux, vivifiants. Pas de volonté, pas de conscience, pas de réaction, pas de caractère, rien, absolument rien. Hommes ou femmes, vieux ou jeunes, savants ou brutes, c'est la même chose, du moment que la toxicomanie s'est emparée d'une personne. J'ai eu des dizaines de cas de gens de la plus haute instruction, des meilleures familles et d'une grande valeur sociale et scientifique. Tous, sans exception, étaient de la même psychologie, tous devenaient menteurs, pusillanimes, abouliques, comme s'il s'agissait de vauriens et de voyous, de malfaiteurs et de dépravés de la pire espèce, entre autres des médecins et des pharmaciens, surtout ceux-là !

La plupart de ces toxicomanes sont des jeunes gens (70 %) jusqu'à 30 ans, 18 % de 10-20 ans et 52,8 % de 21 à 30 ans, selon Koutsoumaris. D'après lui, 99 % appartiennent au peuple. 30,6 % sont tout à fait illettrés. De 695 toxicomanes saisis par la police, 31, c'était par imitation qu'ils sont devenus toxicomanes, 484 par vagabondage et fainéantisme, 63 étaient vendeurs de narcotiques, ayant subi la tentation de leur honorable commerce !

Le grand malheur de réfugiés nous a doté de quelques quartiers, qui sont devenus fameux pour leur saleté et l'agglomération de malfaiteurs et de toxicomanes. Le directeur de la police de Pirée, M. Anagnostopoulo m'a conduit à ces taudis et je n'oublierai jamais cette visite et ce que j'ai vu à cet enfer terrestre. J'ai exposé cela dans une conférence relative, faite à Pirée et à Athènes dans un but de propagande à l'occasion de l'Exposition d'Hygiène de l'année passée.

Malgré toutes les mesures préventives et pénales, la quantité des produits confisqués remonte, d'après Kouretas et Scouras, à 4.685.250 gr. pour 1932, celle du haschisch à 6.500 gr. pour 1930, le nombre des toxicomanes psychopathes internés dans les Asiles, de 10 à 11 %, et le nombre des trafiquants condamnés à 449 rien que pour 1932.

Je vous citerai encore une petite statistique très éloquente de l'Asile Public des aliénés près d'Athènes. En 1927, pas un toxicomane. En 1928, seulement 4 ! En 1929, 50. En 1930, 98. En 1931. 113, et en 1932, 150. M. le Chef de la Sûreté, mon ami M. Ebert, m'a fait visiter le Musée des toxicomanes et des contrebandiers des substances toxiques dans le local même de la Sûreté. C'est incroyable les inventions de l'imagination qui règnent dans la recherche d'escamotage des substances toxiques.

Je finirai enfin ma présente communication, qui n'a fait qu'effleurer la question, en vous citant une définition de toxicomanie que je viens de donner, il y a presque un an, à cette Conférence que j'ai faite à l'occasion de l'Exposition d'Hygiène à Athènes et Pirée sur les toxicomanies en Grèce.

« Toxicomanie s'appelle *un état psychique,* causé par des substances toxiques, qu'on fait entrer dans l'organisme, de n'importe quelle manière et mécanisme, pour provoquer la jouissance, petite ou grande, courte ou de grande durée et qui fait apparaître des phénomènes psychiques et physiques particuliers, aigus et provisoires, ou chroniques, d'excitation ou de dépression, abolissant la volonté et menant la victime à la police et à la prison ou à l'Asile, la poussant à des actes insensés, illégaux et même criminels et la rendant incapable de résister à l'impulsion morbide de l'usage de ces substances toxiques ».

Je n'ignore pas qu'on a beaucoup parlé et écrit, surtout en Egypte et à la Société des Nations, sur le commerce des substances toxiques en Grèce. C'est un faux. Tout le monde, médi-

cal surtout, et de la police des mœurs, fait un combat acharné contre le trafic de l'héroïne et du haschisch et les autres stupéfiants et je suis sûr, et je peux affirmer, que l'on arrivera sous peu à vaincre, avec l'éveil de l'opinion publique et la réunion de tous les éléments scientifiques, sociaux et politiques dans un but commun et sacré d'exterminer et d'extirper, si possible, ce fléau de l'humanité moderne, l'un des plus grands et des plus détestables des fléaux que le XX[e] siècle a connu après la Guerre.

Hachichomanie et Démence précoce

par Mazhar Osman (Istambul)

Partout en Orient, en Turquie, en Egypte, en Syrie, au Hédjaz, le hachich a une renommée égale, sinon supérieure, à celle que l'opium est censé avoir en Extrême-Orient, en Chine, en tant que stupéfiant.

L'opium est un poison très en vogue parmi l'aristocratie et la gentry de l'Extrême-Orient, tandis que le hachich n'est que le moyen d'ivresse de la pègre en Orient. Ceux de la haute classe qui connaissent le goût et le plaisir du hachich, sont hors de l'ordinaire autant que rares.

Les plus grands moyens d'ivresse que connaisse le Proche-Orient, sont les boissons extraites du raisin et qu'on nomme raki ou douzico, le hachich et l'héroïne, cette dernière étant en train de se répandre de jour en jour davantage.

La morphine est très rare en Orient comparé à l'Occident et elle n'est employée que par une certaine élite. La cocaïne, que l'on appelle « prise russe », fut introduite chez nous par l'armée Wrangel, et n'est que rarement employée.

Le hachich provient d'une plante que l'on cultive en Turquie. En Orient, dans le temps, certains droguistes (aktar) vendaient en cachette de la résine de la plante, espèce de pâte brunâtre, mais ce qui faisait la fortune des contrebandiers, c'était l'exportation clandestine que l'on en faisait en Perse, en Syrie et surtout en Egypte. Comme pour l'opium, la mère-patrie du hachich, c'est la Turquie, les provinces de Smyrne et d'Afion en particulier. Le chanvre — *cannabis indica* — est tellement répandu à l'état sauvage, qu'il couvre de grandes étendues de terrain. Lorsque ceux qui plantent du chanvre, prétendent qu'il vient naturellement, il est très difficile de prouver le contraire. Immédiatement, le gouvernement prend les précautions nécessaires pour le faire faucher. C'est ce que l'agriculteur demande. Il ne paie pas de main-d'œuvre pour la récolte, l'Etat faisant les frais. L'agriculteur ramasse clandestinement la résine qui suinte des tiges coupées et la vend à des prix élevés.

Les capitaines et les matelots se procurent bon nombre de kilos de cette pâte pour la revendre en Egypte.

Quoiqu'on rencontre le chanvre un peu partout, il est dégénéré et ne ressemble pas au *cannabis indica* d'Orient, sélectionné depuis des siècles et bien acclimaté.

En Orient, on donne le nom d' « esrar » (secrets) au jus du *cannabis indica*. Ceux qui s'enivrent avec cette plante, prétendent connaître les secrets de la vie et ceux de l'univers. Il était considéré, tel le tabac, la coca ou le vin, comme étant une chose mystique.

Les croyants fanatiques, spécialement ceux parmi les chéikhs qui, sous le manteau de la religion, cherchent à nouer de grandes intrigues politiques, profitent largement de la fumée et de l'encens du hachich. Ils cherchent à persuader et à convaincre leurs apôtres et leurs fidèles de leur pouvoir surnaturel, les faisant vivre dans des paradis artificiels, en leur faisant prendre de la drogue. Ainsi, leur promettant des paradis éternels, ils se font obéir aveuglément. L'histoire mi-légendaire, mi-véridique de Hasan Sabah nous est connue. Les chéikhs qui ne pouvaient concilier la vie et les plaisirs avec les dogmes de l'Islam qui défendent catégoriquement les jouissances, parvinrent à faire pénétrer ses fléaux dans les masses sous le couvert de philosophie mystique et comme étant une réforme. C'est à cause de cela que depuis très longtemps les « tekkés » étaient pour ainsi dire des bars de hachich, les chéikhs, les fidèles et les derviches, des habitués de ces bars. Naturellement, ces bars étaient des paradis terrestres ; pas de travail, une ou deux fois par semaine, des rites religieux ressemblant fort à des bals. Toutes les nuits, de la boisson. Une soirée au hachich, sans doute. Avec les revenus des tekkés, les chéikhs vivaient dans l'opulence, les fidèles vivaient la vie de bohème et tout le monde était content.

Le côté manquant aux jouissances et au plaisir était complété et comblé par de jeunes fidèles éphèbes et des dames désireuses de s'initier et de se faire derviches. Ces foyers de dégénérescence, aujourd'hui absolument clos par des lois spéciales, aidèrent grandement au hachich de se répandre en Turquie.

Les intrigues politiques menées par les chéikhs depuis des temps sont sans nombre dans les annales de l'Orient.

Les derviches fanatiques, holocaustes volontaires, des célèbres Vahabis étaient des intoxiqués.

Le hachich a tenu une assez grande place dans les complots montés contre le gouvernement jusqu'il y a une trentaine d'années. Des conspirateurs montraient de l'audace en attaquant le monarque par la parole ou en complotant après s'être enivrés. Même dans la réaction des Kurdes contre les institutions actuelles et dans l'affaire de Menemen (avant cinq ans), la part du hachiche est grande.

Dans l'affaire de Menemen, des derviches ignorants, appartenant à la secte des Nakchbendis, à jeun et pris de hachich, entrent en ferveur. Ils prétendent qu'en entrant en action contre le gouvernement, les habitants du pays viendraient à leur aide et que l'armée du Calife déchu, recrutée dans le monde musulman, n'attendait que ce moment. Ils descendent des collines et des villages, hurlant la gloire de Dieu, ils tuent d'une balle le jeune lieutenant qui venait les raisonner et comme un holocauste, ils l'égorgent. Ces intoxiqués ne tardent pas à être arrêtés une heure après. Ils furent jugés et pendus. Ils se sont efforcés en gémissant d'obtenir leur pardon, en prétendant que leur geste était dû à l'ignorance et au hachich !

Les apaches, les habitués, hommes et femmes, des maisons de passe, les matelots, les élèves des arts et métiers, sont assez adonnés au hachich.

De nos jours encore, la police découvre de temps à autre des cafés où l'on se drogue. Dans les vieilles caves des ruines incendiées, dans certains bouges à Galata, on rencontre des réunions de hachichomanes. Parmi les vendeurs, ceux qui sont arrêtés, sont emprisonnés. La loi les condamne à 5 ans de prison. Elle poursuit ceux qui essaient de s'habituer ; ceux qui prennent du hachich sont condamnés à l'internement dans une maison de santé pour un temps minimum de 6 mois. Les vendeurs sont condamnés à la prison. Il est superflu de répéter que les hachichomanes essaient par ruse d'introduire de la drogue tant dans les prisons que dans les hôpitaux.

Il ne peut y avoir de poison qui puisse dégrader l'homme et lui faire perdre sa dignité autant que le hachich. Ceux qui en prennent, s'engourdissent, et sont tellement apathiques que la hachichomanie est une honte en Orient. Ceux qui se droguent, le font en grand secret. Et même les personnes qui sont dans l'obligation de l'avouer par devant le juge, ne le font qu'en dernier lieu et avec répugnance.

Le hachich se prend fumé dans les cigarettes, au narguilé

ou à l'appareil qu'on nomme « kabak » (1). Les apaches nomment la pâte de hachich « djuk ». Chez les hachichomanes, pas de désir de gloriole, pas de joie débordante. Ils ne sont pas querelleurs, comme le sont les alcooliques. Lorsqu'on prend du hachich, le regard se voile, on a du vertige, on devient optimiste. Conscient, le hachichomane commence à vivre une scène onirique. Les choses commencent à prendre vie. Tout devient beau et change de forme. On appelle cet état *la vague*. Lorsqu'on les approche, on croit voir des personnes absorbées par de graves problèmes. Les yeux s'alanguissent,



ils ont un air lointain. Ils ne désirent pas bouger, le parfum du « djuk » se répand dans l'air et est respiré pour la première fois avec répulsion.

Le médecin qui a de l'expérience reconnaît de suite le hachichomane. Le teint est terreux, les yeux enfoncés, les paupières battues et cernées. Ils maigrissent à vue d'œil, ils sont distraits et abrutis. Les premiers temps, ils ont l'air de tuberculeux ; plus tard, celui de cachexiques. Ils toussent sans discontinuer et expectorisent des crachats dégoûtants. L'intelligence s'éteint, la volonté, la mémoire, s'affaiblissent. Aucun raisonnement. Ils arrivent à ne plus reconnaître leurs intimes. Ils deviennent misanthropes. Ils se laissent aller. La question vestimentaire

(1) Courge.

n'a plus de sens pour eux. Des gens tirés à quatre épingles se relâchent complètement. La saleté n'est plus repoussante. Ils ne se lavent que rarement ; oreilles, ongles, dents sont d'une saleté extrême ; ils ne se rasent ni ne se coiffent pas pour des semaines ; il faut les forcer pour les mener chez un coiffeur ou au bain. Ils prennent l'état d'un mendiant sordide.



Nous avons rencontré de brillantes intelligences qui, pendant la période scolaire, donnaient de grandes promesses. Après l'habitude de se droguer, ils s'affaissèrent tels des hébéphréniques. Carcasses inutiles. ne pouvant plus se gouverner, ils quittèrent les études et menèrent une vie des plus quelconques. De jeunes poètes, dont les œuvres étaient demandées par les revues, s'éteignirent à cause du hachich, que l'on peut facilement se procurer dans les milieux littéraires. Certains perdirent leur talent et leurs aptitudes et enfin ayant sombré, furent hospitalisés dans des asiles avec l'étiquette « démence précoce ». Indifférents à tout ce qui les avait fait

vibrer, ignorants et oubliant jusqu'au nom de ceux qui leur ont été les plus chers, souvenir, sensibilité annihilée, ils sont condamnés à passer une vie moins qu'animale. Il n'existe pas, parmi les toxiques, un seul qui puisse être autant ennemi de l'intelligence que le hachich. Parmi les hachichomanes, même ceux qui ont le cerveau le plus réfractaire à la folie, montrent après l'absorption de la drogue, un affaissement intellectuel. Chez les prédisposés, une démence aiguë en forme de confusion mentale... et ce qui est l'habitude une démence précoce stationnaire ou avancée. Même les hachichomanes qui furent internés pour des psychoses aiguës qui des fois ressemblent à des manies ou à des mélancolies, ne tendent point à une psychose maniaque-dépressive. C'est toujours une démence précoce.

Je vous présente quelques-unes des observations choisies parmi les 300 que j'ai pu observer pendant 30 ans et dont les dossiers sont au complet. J'ai rencontré nombre de cas de folie dus à l'intoxication par la morphine, l'éther, la cocaïne, l'opium, et surtout l'héroïne. J'ai vu beaucoup de tableaux de mélancolie, de psychopathie, de neurasthénie, d'excitation causées par ces intoxications. Mais je suis convaincu qu'il n'existe pas un toxique qui puisse égaler le hachich quant à la détermination de la démence précoce.

J'ai la ferme idée qu'une importante question à essayer, telle celle de la catatonie et de la bulbo-capnine et celle de la démence précoce et du hachich (W. Yaureg). Le syndrome de la démence précoce étant le noxe d'une infection et dû à l'insuffisance glandulaire aux alcaloïdes des glandes endocrines (Kræpelin), il n'est pas paradoxal de penser que ces facteurs sont identiques ou proches aux toxines du hachich.

Les études et observations de mes collègues (professeur Fahrettin Kerim, le docent Ihsan Sükrü et le D[r] Kenan-Lutfu Bey) confirment mes publications qui portent sur des observations s'étendant sur une trentaine d'années.

Les coupes et pièces préparées par mon collaborateur, le D[r] Ihsan Sükrü sur les modifications des tissus du cerveau, n'ont jamais montré autre chose que les modifications rencontrées dans les démences précoces.

I. — Ali Doursoun, âgé de 20 ans, originaire de Surméné (Mer Noire), cordonnier, marié, il a un enfant.

Il a été interné à l'hôpital des maladies mentales et nerveuses de Bakirkeuy, à la suite de ses actes inconscients.

D'après la déclaration de sa famille, le malade, qui s'était adonné à trop fumer de hachisch, présentait des anomalités telles que : s'arracher lui-même les dents, parler trop, tenir des propos incohérents.

Lors de son admission, il ne pouvait point dormir. Il parlait de temps en temps tout seul, prenait des airs pensifs, pleurait sans aucun motif. Fort entêté, il se refusait d'exécuter ce qu'on lui ordonnait de faire, présentait un négativisme complet et était doué d'un désintéressement excessif. Il n'était pas malpropre. Il ignore lieu et date et ne connaît pas son entourage. Il ne s'intéressait guère à son entourage. Il se met en colère, parfois sans aucun motif.

Examen du sang et du liquide céphalo-rachidien :

Sang :

W.R., avec 4 extraits, négatif.
M.T.R., négatif.

Liquide :

Aspect : clair,
Pandy : Négatif,
Nonne-Appelt : Négatif,
Weichbrodt : Négatif.
Albumine, avec le tube de Nissel : 1/2,
Cellule : normal,
W.R., avec 3 extraits, négatif,
M.T.R. : Négatif,
Benjoin-Colloïdal : Négatif.

Le malade prétend voir apparaître devant lui des revenants. Sa mère même se montre dans un état sauvage. Il déclare avoir des ennemis. Mais il n'a pas une persécutrice fixe. Il parle à tort et à travers, sans idées de suite. Il ne désire pas voir son fils et sa femme. Le malade ne peut donner des renseignements précis sur le temps et les circonstances dans lesquelles il a commencé à se droguer, il répète, chaque fois, la même phrase : J'ai pris de l'Esrar et mes dents se sont allongées ; nous avons pris le bateau et nous sommes arrivés. Lorsqu'on se demande pourquoi il s'arrache les dents, il est très possible que cette action lui a été dictée par l'intoxication au hachisch qui lui faisait supposer que ses dents s'allongeaient. La maladie ressemble fort à une démence précoce avec délire confusionnel et poursuit son cours avec des manifestations telles qu'indifférence, inconscience du milieu, négativisme, pleurs, accès de colère sans raison aucune, lorsque le 1er mars 1931, il montre des symptômes d'ictères et le malade tombe le lendemain dans le coma.

Examiné le 2 mars, le malade a perdu connaissance, les pupilles

dilatées et sans réactions, le blanc des yeux est jaune, le corps et les membres sont mous et relâchés ; les réflexes des muscles sont nuls. Aucune résistance. Le visage est sans expression et les yeux sont ouverts. Le pouls est accéléré, mais très faible, la température normale. La vessie est pleine et tendue ; l'urine évacuée au moyen d'une sonde est de couleur jaune foncé, couleur de bile. Le lendemain le malade meurt.

Autopsie : Elle a été faite 18 heures après la mort. Le cerveau pèse 1.291 gr. Les méninges sont claires et un peu congestionnées. Les coupes horizontales ne montrent aucune altération. La réac-

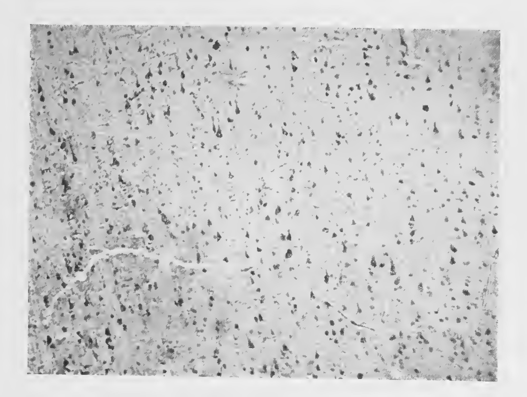


Fig. 1. — Raréfaction des cellules pyramidales dans l'écorce frontale.

tion de fer de Spatz est négative. Pas de dilatation des ventricules.

Le cœur, les poumons, les reins et la rate ne présentent pas d'altérations. Le foie est congestionné. Dans l'intestin grêle on rencontre des hémorragies fraîches et abondantes.

L'examen microscopique : le foie montre une augmentation du tissu conjonctif avec infiltration lymphocitaire. Quelques cellules parenchymateuses présentent des dégénérescences graisseuses. La putréfaction nous empêche de procéder à une étude plus approfondie du foie.

Le cerveau, dans le lobe frontal et les couches corticales, montre des raréfactions cellulaires par ci par là, surtout aux 3e-5e couches.

Dans les cellules pyramidales et ganglionnaires on n'aperçoit pas d'altérations. Quelques-unes seulement tendent à s'atrophier. Neuroglie ne montre aucune altération. Dans la substance blanche on

rencontre quelques cellules nerveuses embrionnaires en voie de vacuolisation. Là aussi, la névroglie n'est pas augmentée.

Les neuro-fibrilles des cellules pyramidales et ganglionnaires de l'écorce et leur contenu lipoïdique ne montrent aucune altération. Les ganglions basaux, la région sous thalamique et les pédoncules cérébraux, le pons et le bulbe ne présentent aucune altération. Le cervelet présente des raréfactions des cellules de Purkinje, sans augmentation neuroglique. Les autres cellules de Purkinje sont presque normales.



Fig. 2. — Raréfaction des cellules de Purkinje.

II. — Ilhami, 28 ans. Pas de maladie héréditaire dans la famille. La mère est d'intelligence débile. Le père et les deux sœurs sont normaux. Pas de syphilis et d'alcoolisme dans la famille. Il est bachelier et pratique les sports. Il s'habitue avec quelques amis à prendre du hachisch. Il se drogue fort. Le tempérament change, il est querelleur et difficile. Il n'obéit à personne. Avant de s'habituer au hachisch, le malade s'habillait avec recherche et goût. Après la drogue il est indifférent à la question vestimentaire, il s'habille mal, ses habits ne sont ni brossés, ni repassés. Il se rase rarement, on le voit avec des barbes de 5 ou 7 jours. La famille décide de l'interner. Il s'y refuse, mais devant les insistances il accepte.

Le malade fait de l'ironie, il prétend qu'il peut prendre la clef des champs lorsqu'il le désire. Il réussit pour une fois à s'évader. Il se plaint de légères et vagues douleurs, il est inquiet. Il dit que des fois il entend des voix. Pas des voix systématiquement entendues, mais un semblant d'ouïe, il croit qu'on l'appelle par son nom...

4 mois après son hospitalisation, le malade est revenu à la santé et rendu à sa famille. Un mois après sa sortie, il commence à entendre nettement et fortement les voix, devient agressif et attaque grossièrement son père qu'il aime tant. La famille est obligée de le faire interner de nouveau, mais arrivé devant l'hôpital, la mère par faiblesse le conduit à la maison. Une semaine plus tard il blesse son père d'un coup de canif, et le tue. Lors du crime, la mère était présente. Elle avait essayé de l'empêcher, mais n'avait pas réussi. Il fut arrêté par les domestiques et livré à la police. Après un séjour, en observation, à la direction de la médecine légale, le malade présente un tableau de catatonie. Il ne prend pas de nourriture, ne parle pas et ne chasse même pas les mouches qui se posent sur son visage. Il ne se mouche pas, sa bave coule. Cet état dure huit mois. Le malade est très maigre. Après cet état le malade commence à redevenir normal. Il explique les raisons de son crime.

— Mon père était un infâme. Lorsque j'étais gosse, il me faisait asseoir sur ses genoux, il pointait, bandait et frottait sa pine par dessus mes culottes... J'en suis sûr. Ces derniers temps, il commença les mêmes gestes avec ma sœur qui est très belle. Un de ces soirs je les ai soupçonné. La chambre de ma sœur est au-dessus de la mienne. Je suis monté chez elle. Ma sœur n'y était pas. C'était mon père qui occupait le lit. Cela voulait dire qu'il fréquentait chez ma sœur et que celle-ci s'enfuyait lorsque je venais pour les surprendre. Moi, alors, j'ai frappé mon père...

Le malade ne se couchait pas jusqu'au matin, il se promenait, soliloquait et répondait aux voix toute la nuit. Sa sœur alarmée et impressionnée se plaint à plusieurs reprises. Le père propose alors le changement de chambre avec sa fille. De cette façon, les idées maladives du malade se fortifient.

A l'hôpital, en parlant de sa mère, il dit : Cette femme n'est pas ma mère. Elle est une maquerelle. Elle a une maison de passe ou elle vend mes sœurs, les soirs. Ah ! si je sors, et je leur règle leurs comptes.

Le malade est de plus en plus agressif. Il s'attaque à tout le monde. Il se plaint de plus en plus des voix. Il dit :

— Est-ce qu'on ne le laissera pas tranquille ? Souffrira-t-il ainsi éternellement ? Tout le monde est contre moi, la nuit on me chatouille les sexes, on me baise, on me fait prendre de la cocaïne pendant mon sommeil, les médecins tentent sur moi des expériences, ils m'enlèvent les os. Mon corps est sans os. Je suis fini. Les personnes qui sont ici ne sont pas malades. Ce sont des personnes que l'on a rassemblées pour des expériences. Les uns simulent la folie. Ils sont ici pour le faire souffrir.

Le malade, pendant six ans, présente le même tableau. Psychose due au hachisch ; forme : Démence paranoïde.

III. — Ismet, 19 ans. Ne prend pas d'alcool. Il fume un dirhem de hachisch par jour, depuis l'âge de 5 ans. Il était apprenti chez un maréchal-ferrant. Il a cessé de travailler voici deux ans à cause de ses extravagances. Il explique ainsi son entrée à l'hôpital : J'ai flanqué deux coups de poings à la mère. J'ai tapé sur sa gueule. C'était enflé... (il rit et ne montre aucun remords ni aucune peine).

L'année dernière, il avait blessé quelqu'un, chez le maréchal-ferrant. Un nommé Nedjip essaye de le violenter, il lui fait sauter les boutons de son pantalon, mais le malade se refuse. Trois mois après le fait, l'idée de l'attentat, le tourmentant, il se dit : Pourquoi ce salaud a-t-il essayé de faire cela, il faut que je le châtie. Il a aiguisé un couteau pour le tuer et un jour il parvient à le blesser de deux coups à la poitrine. Il avoue que c'est de la folie.

Maniérisme, stéréotypie, indifférence, cataleptique, flexibilité cireuse.

Une année après, le malade, un beau jour, sans aucun motif, crève d'un coup de manche de cuiller l'œil d'un malade. Il fut relégué parmi les fous criminels. Ayant tenté de récidiver, il fut retenu à temps.

— Pourquoi, crevez-vous les yeux ?

— Parce que je suis fâché.

— Et si quelqu'un se fâchait contre toi ?

— Qu'il se fâche et qu'il me crève l'œil, cela m'est égal.

Le malade a toujours la tête baissée. Il ne boutonne pas ses culottes. Il est misanthrope.

Deux ans après, il devient très agressif et dangereux. Il frappe et cherche à tuer. Il ne laisse personne fumer sans essayer de lui prendre la cigarette. Il se promène nu. Aucune retenue .

IV. — Constantin Nicolas, mécanicien. Il a un mois d'hôpital, ayant une légère excitation ; il fut rendu à son travail. Un mois après, sa mère et sa sœur se présentent à la police pour se plaindre de coups et blessures. Le malade terrorise les femmes en leur disant qu'il ne veut que les tuer, incendier la maison, égorger tout, enfin. Il cherche un couteau. Il lance sur les femmes toutes sorte de choses. Il est furieux contre elles. Il invective les voisins. Il fut interné en octobre 1336 à l'asile de Toptachi. A sa rentrée il était calme. Il mangeait et buvait. Il dormait normalement. Le malade ne veut quitter le lit.

Il dit : Je ne suis pas malade. Passez-moi des cigarettes. Il dit avoir 28 ans et être mécanicien, originaire de Stamboul. Il s'est rendu aux Dardanelles et que, dans cette ville, on l'emprisonna pendant trois mois, ayant volé un sac de riz à un soldat hindou. Libéré il retourne aux Dardanelles.

— Je n'ai pas trouvé de travail, dit-il.

Il rentre chez lui et ne sort plus. Il répète tout le temps : « — Mes parents se plaignirent à la police, pourtant ils sont en vie, je ne les ai pas égorgés. Si vraiment je voulais les tuer, j'aurais pu le faire avant l'intervention de la police. Il sera fait selon vos désirs. Considérez-moi comme fou ou comme étant un gosse, j'ai dit. »

Antécédents : Quoique ayant eu des rapports sexuels exagérés, il prétend n'avoir jamais été malade. Il prend de l'alcool. Il avance que parfois la boisson est meilleure avec le hachisch. Il mettait un morceau de la drogue de la grandeur d'un demi pois dans une cigarette qu'il roulait et fumait ainsi. Des fois, il fumait de la sorte jusqu'à trois et même quatre cigarettes par jour.

Il dit : « Je vends la moitié de mon pain, avec l'autre moitié j'achète du hachisch ; c'est des choses que l'on fait pour tuer l'ennui des jours de chômage. »

28 octobre 336. Il se lève de temps en temps, pour aller à la porte et demander à sortir. Il ne crie pas, et n'est pas agressif. Il a l'air très calme lorsqu'il est alité. Il dit : « A la maison nous sommes habitués à nous quereller tout le temps ; est-il juste de nous interner pour cela ? »

Des fois, il se fâche ; il attaque ses voisins, les gifle. Il rie sans raison aux éclats, provoque les malades, les frappe.

8 mars 337. Se roulant par terre, dans le jardin de l'hôpital, il insulte l'infirmier qui désire le relever en lui criant : « Canaille, de quoi te mêles-tu ? »

Le 28 mai 337. Le malade ne veut plus quitter son lit. Il grogne et peste contre les infirmiers qui désirent le relever et contre ceux qui, sur ordre, veulent lui prendre sa température. Le malade est de plus en plus taciturne, il cesse d'invectiver lorsqu'on le laisse au lit ; pas moyen de changer les draps et faire les lits.

3 juin 1932. Le malade ne peut aller à la selle, il est constipé, alité, on lui administre un lavement. Il est souvent en fureur.

M. Alexander (de Bruxelles). — Il faut remercier M. Mazhar-Osman de nous donner un tableau clinique actuel d'une intoxication que, en Occident, on ne connaît guère que par les admirables pages de Baudelaire, dans les *Paradis artificiels*. Parmi les anciens soldats de la Légion étrangère qui échouent dans les prisons belges, un grand nombre prétendent avoir fumé du chanvre indien, et déclarent que cette intoxication, souvent occasionnelle, n'a jamais pris, chez eux, le caractère de passion impérieuse que prennent l'opiomanie, la cocaïnomanie et l'alcoolisme.

Le Robinsonisme

par le Dr Wahl (de Marseille)

Parmi les nombreux enfants que l'on arrête chaque année à Marseille et dans tous les grands ports de mer, il est une catégorie un peu spéciale sur laquelle je désire attirer l'attention du Congrès.

Ces enfants — jusqu'à présent je n'ai constaté cette forme que sur des garçons — sont des sujets peu tarés au point de vue mental, chez lesquels l'imagination est vive et déréglée et qui, à la lecture de livres dont le type est l'immortel *Robinson Crusoë,* de Daniel de Foë, rêvent d'aller au loin, au delà des mers, de vivre de la vie sauvage et de se débrouiller comme on dit aujourd'hui, d'échapper ainsi à la banalité de notre vie quotidienne, banale et réglée. C'est en somme ce qu'à un autre âge voulait faire Tartarin de Tarascon, lorsqu'il se rendit en Algérie après la longue lutte que l'on sait entre son moi Don Quichotte et son moi Sancho Pança. Il le réalise à son grand dam et revint aux bords du Rhône en disant qu'en Algérie il n'y avait plus de « Turcs », il n'y avait plus que des carotteurs.

C'est mal aussi que se terminent chez les enfants et adolescents ces beaux rêves de la folle du logis. Bien souvent, ce rêve en action s'accompagne d'indélicatesses que la loi ne punit pas : vol au préjudice des parents, vente d'une bicyclette ou d'un appareil photographique pour se procurer l'argent nécessaire à l'expédition. Plus souvent encore, il y a lieu à poursuites : contravention à la police des chemins de fer, lorsque Robinson prend prosaïquement le chemin de fer sans payer son billet, parfois, comme je l'ai vu l'an dernier, embarquement clandestin d'un port de l'étranger pour gagner Marseille et de là les Indes. Chez les enfants plus âgés, vol ou abus de confiance au détriment d'un patron ou d'un voisin : on garde le montant d'une facture que l'on est chargé de recouvrer.

Les enfants les plus jeunes, les moins éduqués et les plus imprévoyants, quelquefois de véritables débiles, partent à pied, et sans ressources le long des routes. Dans ce cas, ils ne vont

généralement pas bien loin. Très vite harassés de fatigue, privés de nourriture, ils attirent l'attention des passants, auxquels ils racontent leur histoire ou celle des gendarmes curieux par profession. Parfois, et ce n'est point rare du tout, ils se rendent compte de la sottise de leur escapade, se livrent à la police, qui les fait rapatrier sans poursuite judiciaire.

Supposons qu'ils aient surmonté toutes les difficultés de la route comme ce fils de pharmacien suisse que nous avons eu à examiner récemment : il avait quitté le collège où il était en pension avec quelque argent ; il voyage tantôt à pied, tantôt en chemin de fer, réussit à franchir la frontière sans passeports et le voilà à Marseille où, bien entendu, il ne connaît personne. Là il veut s'embarquer pour le Maroc, mais il n'a plus le sou, il ne peut donc prendre place sur un paquebot, d'autant qu'aujourd'hui les voyages maritimes sont devenus fort coûteux. Il veut donc être employé à bord à un travail quelconque ; il n'a pas de papiers ; il ne trouve donc pas d'embauche et le voilà entre les mains de la police. La famille, grâce à l'intervention du Consul de Suisse, fut avertie, et après un non-lieu et une forte semonce, il est remis aux siens, qui ne tuèrent probablement pas le veau gras au retour de l'enfant prodigue.

Les embarquements de mousses et d'apprentis sont devenus rares en ce moment ; il y a trop de chômeurs parmi les matelots du Commerce, l'une des professions les plus frappées par la crise actuelle, et lorsque par hasard les armateurs prennent de tout jeunes gens, ce sont les fils d'un de leurs employés.

D'ailleurs, pour s'embarquer comme matelot ou agent du service général, la loi représentée par la police des ports et l'inscription maritime exige la pièce d'état civil que nos gamins n'ont point emportée de chez eux. Ce ne sont en général que les professionnels du vagabondage qui se sont munis de leurs papiers. Nos jeunes aventuriers n'y ont même pas songé. En parle-t-on dans les romans ou les films d'aventure? De plus, le mineur doit obligatoirement présenter un consentement de son père ou de son tuteur. Par définition même, les sujets dont nous parlons ici ne peuvent s'en être munis. Alors, du port de mer ils écrivent pour l'obtenir, mais où se faire adresser la réponse : à la poste restante ; mais il faut des justifications pour y retirer les lettres, et comment vivre en attendant.

Vous pensez bien que nos jeunes gens n'ont pas de domicile

fixe ; avec quel argent payeraient-ils un hôtel, si modeste qu'il soit, et les repas ? Alors, l'enfant est forcé de reconnaître *in petto* la sottise qu'il a faite et tout honteux conte son aventure à un agent de police ou à un gendarme. On l'arrête, mais le juge a pitié de lui et en attendant la solution, il le confie à un patronage : à celui de la rue des Vertus, à Marseille, dont j'ai déjà eu l'occasion de faire l'éloge au Congrès de Lille. Il y est traité avec douceur, réconforté, réconcilié avec ses parents. La famille adresse, quand elle le peut, l'argent du retour, et tout finit sans grand dommage. Quand la famille est sans ressources, à la demande du Juge d'Instruction, le Procureur de la République signale la situation au Préfet qui, sur un très mince crédit dont il dispose, prélève le prix du retour par réquisition de transport.

Assez souvent, la famille a signalé la disparition de l'enfant aux autorités locales, et l'enfant recherché est arrêté là où il se trouve ; évidemment, il faut que les déclarations ou l'enquête aient révélé les intentions du fugitif et la direction qu'il a prise.

Lorsque l'enfant habite dans un hôtel ou une œuvre hospitalière dont il donne l'adresse à ses parents, rien n'est plus facile que de terminer dès le début le roman rêvé par l'auteur, mais le cas est relativement assez rare.

Plus graves cliniquement sont les cas où l'aventure se renouvelle plusieurs fois ; alors on est en présence d'un véritable taré, d'un fugueur, d'un instable ; je ne veux pas abuser des instants au Congrès pour parler de ces états aujourd'hui bien connus.

Il est assez rare, mais cela se voit, que notre jeune imaginatif fabule, qu'il raconte des histoires plus ou moins vraisemblables d'abandon, de mauvais traitements, de parents morts : tares, mensonges de l'enfance sur lesquels Bourdin a autrefois attiré l'attention et qui rentrent dans ce que le regretté Dupré a appelé la constitution mythomaniaque.

Nous n'avons jusqu'à présent parlé que des méfaits du livre, mais le cinéma a aussi son rôle dans la genèse du robinsonisme. Mais il n'y a pas lieu d'y insister outre mesure, car la maladie dont nous parlons est bien vieille. Ne peut-on pas y rattacher historiquement ces pèlerinages du XIVe et du XVe siècle, dans lesquels des foules d'enfants se groupaient pour se rendre en Terre-Sainte ou plus souvent à tel ou tel sanctuaire célèbre : le Mont Saint-Michel, Notre-Dame de Cléry

ou Saint-Jacques de Compostelle. Il s'agit bien là aussi d'un trouble de l'imagination, avec cette différence qu'il se montrait contagieux et épidémique. Cette particularité n'était-elle pas due à des circonstances économiques spéciales.

Les causes sociales sont en effet souvent à la base de parents faibles ; on peut en rapprocher, bien qu'il en soit distinct psychologiquement et socialement, l'histoire classique du Petit Savoyard :

Pars mon enfant, c'est pour ton bien.

Plus voisines du robinsonisme, par leurs effets sinon par leurs causes, sont les histoires d'enfants fuyant le foyer paternel d'une façon analogue à celle que nous venons de décrire, mais dont la cause est plus légitime ou plus facile à reconnaître : misère des parents, présence d'une belle-mère ou d'un beau-père plus ou moins légitime, enfant de second lit, brutalité d'un père ivrogne, etc. Il y a aussi le groupe des cas vraiment pathologiques des enfants à constitution paranoïaque et plus rarement de sujets atteints de délire de dépersonnalisation et qui ne voient dans leurs parents que des gens auxquels les a confiés une famille riche et puissante qui voulait se débarrasser d'eux. Le diagnostic de ces états avec le robinsonisme est en général très facile, mais il est des cas mixtes dans lesquels le diagnostic médical doit s'accompagner d'un diagnostic social. C'est là, et surtout lorsqu'il s'agit de jeunes paranoïaques, que la collaboration d'infirmières-visiteuses de l'enfance est utile, presque indispensable. Les rapports de police sont insuffisants en pareil cas.

Ces cas ne sont pas fréquents, mais ils existent et il faut une grande habitude des enfants pour les soupçonner ; si l'enfant manque parfois de sincérité, les parents peuvent en manquer aussi. Les voisins qui souvent savent à quoi s'en tenir ne veulent pas se mêler de ce qui ne les regarde pas. Le déséquilibre mental léger, les tares sociales, peu accusées, sont très délicates à mettre en lumière, et à distance, ni le juge, ni le médecin ne peuvent les reconnaître ni surtout en apprendre le degré.

Quel est le traitement du Robinsonisme ? Il repose ordinairement sur une hygiène mentale bien comprise, mais bien délicate. L'imagination est l'apanage du jeune âge et a son effet dans le jeu. Il faut en tempérer les écarts dans les cas légers,

les souffrances endurées, les vexations d'amour-propre amenées par la misère ou l'arrestation suffisent. Parfois l'internat dans une école s'impose. Chez les enfants plus âgés, le placement à demeure chez un patron peut avoir assez exceptionnellement ses médications. Dans les cas graves, lorsqu'il y a récidive, le traitement médico-pédagogique s'impose dans les établissement de rééducation, si rares actuellement en France. La prophylaxie est très délicate. On ne peut enrayer l'imagination chez l'enfant. C'est un des attributs de la prime jeunesse. Il faut en réprimer les écarts ; de bons livres le permettent : *Les aventures de Jean-Paul Chopart,* qui ont amusé et intéressé trois générations, et dont on ne saurait trop recommander la lecture. L'enseignement de la morale, qui prêche l'obéissance aux parents, la régularité de la discipline est indiquée chez tous les enfants. Ce qu'il faut surtout, c'est un contrôle des lectures, des livres que lit le jeune garçon, des films auxquels il assiste et ne pas tomber dans cette pratique stupide de certains parents des classes populaires qui, les dimanches de mauvais temps, envoient seuls leurs enfants au cinéma le plus voisin, sans s'inquiéter de ce qu'on peut bien y projeter. Aujourd'hui on tend, au moins dans les grandes villes, à organiser des représentations scolaires de cinéma avec répertoire choisi, mais là encore les parents doivent s'assurer que le film convient au tempérament spécial de leur enfant. C'est aux parents, et surtout aux maîtres à montrer à leurs élèves les inconvénients de la désobéissance, de l'esprit d'affranchissement. De charmantes fables de La Fontaine et de Florian sont tout indiquées pour cela.

Il ne faut certes pas vouloir empêcher les enfants de lire *Robinson,* les œuvres de Jules Verne, de Gustave Aymard, du Capitaine Mayne-Reed, pas plus que les contes de fées, mais il faut que les enfants apprennent de bonne heure que tout cela est du rêve et non de la réalité, et qu'il faut qu'ils se résolvent à subir le train-train de la vie journalière. Les instables et les anormaux ont besoin d'une éducation spéciale ; nous n'y reviendrons pas.

M. Alexander (Bruxelles). — M. Wahl a-t-il remarqué une influence du cinéma sur les sujets dont il nous a, avec tant de finesse, analysé le cas ? N'a-t-il pas remarqué une attirance spéciale de Marseille sur les jeunes gens et enfants vagabonds ?

M. Folly Auxerre. — A côté des cas de fugue simple, il faut ajouter ceux où des enfants vont jusqu'au crime pour réaliser leurs rêves de voyages et de fantaisie. Tout le monde a présent à l'esprit l'histoire dramatique de la « tuerie de Jully » commise en 1909 par deux enfants, Jacquiart et Vienny, qui assassinèrent cinq personnes, tout le personnel d'une ferme, pour les voler et se constituer un pécule, qui leur permît de partir aux colonies.

Ces cas doivent être considérés comme les plus graves modalités du vagabondage chez les enfants.

Sur la perméabilité hémo-méningée de l'homme dans divers états pathologiques

Par MM. A. Leulier, B. Pomme et H. Bouteille

De l'Hôpital militaire Desgenettes, de Lyon

Il est admis que les éléments (*cristalloïdes et colloïdes*) normalement contenus dans le sang se retrouvent dans le liquide céphalo-rachidien.

Par contre losqu'on injecte dans le sang un produit et qu'on le recherche dans le liquide rachidien on ne l'y trouve pas toujours. C'est à ce phénomène qu'on donne le nom de perméabilité hémo-méningée.

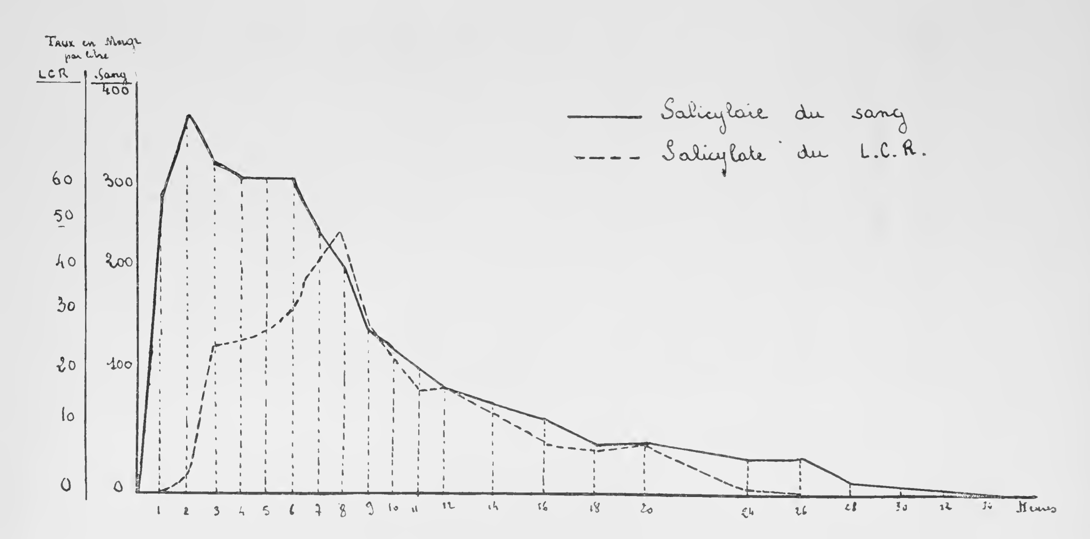
En d'autres termes, on peut dire que la barrière hémo-méningée est une entité physiologique réglant le passage dans les centres nerveux des substances véhiculées par le sang.

Derrien a établi que la concentration dans le liquide céphalo-rachidien est fonction de la concentration du produit dans le sang.

Il faut donc pour étudier la pénétration de corps étrangers à l'économie normale en donner des doses suffisantes.

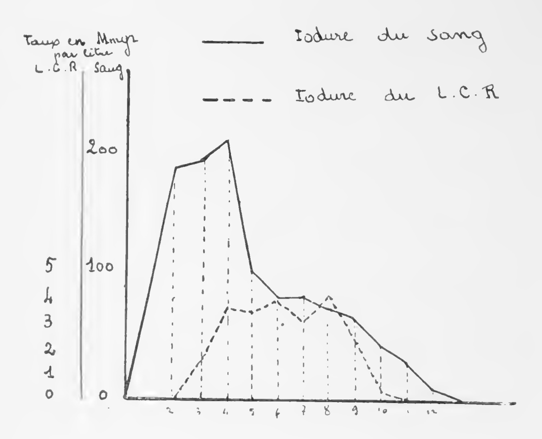
Daniel recherche le temps nécessaire pour obtenir la concentration la plus élevée. Ses recherches ont porté sur le salicylate de soude dont les auteurs reconnaissent la facile diffusibilité et sur l'iodure de potassium dont la pénétration était plus ou moins certaine et discutée.

Il a poursuivi son étude sur des sujets normaux auxquels il donnait 6 grammes de salicylate de soude ou 6 grammes d'iodure de potassium. La dose était prise en deux fois à une heure d'intervalle. Après l'absorption de la deuxième moitié de la dose, il faisait d'heure en heure une prise de sang de 20



Taux en
par litre
LCR
Sang
60
50
40
30
20
10
0
400
300
200
100
0
Salicylate du sang
Salicylate du L.C.R.
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 14 16 18 20 24 26 28 30 32 34 Heures

centimètres cubes et une ponction lombaire de 10 centimètres cubes. Daniel et Béruard ont ainsi établi une courbe pour chacun des deux produits où leur concentration dans le liquide céphalo-rachidien et le sang est donnée en fonction du temps.



Ils ont montré ainsi :

1° Qu'il y a un décalage dans le temps entre le moment où le taux du produit est maximum dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien.

2° Que, pour le salicylate de soude, le maximum dans le liquide céphalo-rachidien est atteint vers la huitième heure.

3° Que pour l'iodure de potassium c'est entre la quatrième et la huitième heure.

C'est en partant de ces résultats et en suivant la même technique que nous avons expérimenté chez le malade. Voici les résultats obtenus :

1) *Salicylate de soude*

Affections		Heure	Sang	L. C. R.	Sang / L. C. R.
Polynévrite diphtérique tardive après atteinte du voile, de la convergence et des membres inférieurs :					
1er cas : L. C. R. (0 gr. 40 d'albumine) cytologie normale		7	307	15	20
2e cas : L. C. R. normal		7	325	15	21
Maladie de Parkinson post-encéphalitique au début..	1er cas	7	208	15	14
	2e cas	8	200	15	13
Maladie de Parkinson post-encéphalitique évolutive avec atteinte de l'état général	3e cas	7	250	12	21
Maladie de Parkinson post-traumatique très probable	4e cas	7	258	33	8

A l'état normal et comme il est possible de le déduire des courbes précédentes et ainsi que le démontrent les chiffres obtenus par Daniel et Béruard, le rapport des concentrations du salicylate sanguin sur le salicylate rachidien varie pour les mêmes durées d'expérience entre quatre, huit, le chiffre moyen étant six.

On observe un rapport plus élevé et, par suite une perméabilité moindre dans les deux cas de paralysie diphtérique et chez trois parkinsoniens post-encéphalitiques quel que soit leur stade évolutif. Nous avons effectué des recherches dans quelques affections d'ordre neurologique qui ont donné des résultats normaux.

La répartition de l'iodure de potassium dans le sang et le liquide céphalo-rachidien de l'homme normal conduit suivant les courbes et les chiffres de Daniel et Béruard à un rapport

Affections	Heure	Sang	L.C.R.	Sang / L.C.R.
Syndrome méningé transitoire d'origine indéterminée avec Lymphocytose (30 lympho. par m/m cube)	6	234	50	6
Paralysie faciale type périphérique avec L.C.R. (6 lympho par m/m cube)	7	100	12	8
Aréflexie inférieure avec pupille tonique et L.C.R. normal	7	285	40	7
Crises comitiales typiques avec L.C.R. normal. — 1er cas	7	317	35	9
— 2e cas	7	240	30	8
II) *Iodure de potassium*				
P. G. après traitement — 1er cas	4	160	1	160
— 2e cas	4	166	traces	166
— 3e cas	4	200	1,5	133
P. G. après malariathérapie — 1er cas	4	190	1,5	126
— 2e cas	4	180	1,2	150
— 3e cas	4	175	3	58
P. G. après malariathérapie et stovarsol. — 1er cas	4	160	3	53
— 2e cas	4	153	4	38
P. G. après stovarsol seul	4	195	8	24
P. G. impaludée et paraplégie spasmodique syphilitique secondaire	4	320	0	320

moyen de 57. Or, dans la plupart des cas ci-dessus énumérés, le rapport sang sur liquide céphalo-rachidien aboutit à des chiffres notablement plus élevés, les temps d'expérience étant égaux. Ceci indiquerait donc une perméabilité moins grande, sauf en ce qui concerne un cas de Paralysie générale après malariathérapie et deux cas de la même affection traités par malaria et stovarsol ou par le stovarsol seul.

Nombre d'affections ne semblent pas avoir de retentissement notable sur la perméabilité des méninges vis-à-vis de l'iodure de potassium. Voici quelques exemples :

Affections	Heure	Sang	L. C. R.	Sang / L. C. R.
Epilepsie	4	190	3,5	54
Sciatique d'origine funiculaire...............	4	142	2,40	59
Démence précoce......	4	160	traces	160

Le magnésium sérique à l'état normal et dans certains états psychiques

Le magnésium sérique après injection intra-veineuse d'hyposulfite de magnésium

par Albert Leulier, Bernard Pomme et Jean Velluz

de l'Hôpital militaire Desgenettes, de Lyon

Des deux termes du rapport de Loeb $\frac{Na + K}{Ca + Mg}$ dont semble dépendre l'excitabilité neuro-musculaire, seuls le potassium et le calcium ont fait l'objet de recherches nombreuses ; le magnésium a été moins étudié en raison de sa faible concentration dans le plasma et de la difficulté de son microdosage.

Aussi, dans l'évaluation du métabolisme du magnésium à l'état pathologique, les anciens auteurs s'étaient-ils adressés à l'urine ; mais les conclusions sont difficiles par suite de la variabilité de l'excrétion rénale de l'ion magnésium.

Se basant sur une relation de proportionnalité entre l'excrétion urinaire de l'azote total et du magnésium, Guillaumin prend pour test le rapport $\frac{N\ total}{Mg}$ toute diminution de ce rapport au-dessous de 8 dans des urines dont le *p*H est égal ou inférieur à 6,2 constitue pour cet auteur un test de déminéralisation magnésienne des tissus ; ce fait a pu être observé par lui chez les asthéniques constitutionnels ou acquis, chez les aliénés mélancoliques et dans les psychoses à forme dépressive.

Il était intéressant d'étudier si des états neuro-psychiatriques divers s'accompagnaient d'une modification du magnésium sanguin ; à notre connaissance, la seule recherche en ce sens a été effectuée par Parhon chez des épileptiques, des maniaques et des mélancoliques ; cet expérimentateur a noté

chez les épileptiques et les maniaques une diminution du magnésium et du calcium dosés dans le sang frais et dans le sang desséché, et leur augmentation chez les mélancoliques ; les modifications observées rendraient compte des phénomènes cliniques.

Notre but a été de définir si des états psychiques divers s'accompagnent de modifications aussi systématisées du magnésium sanguin.

Les recherches ont porté sur le magnésium sérique.

1° *Le magnésium sérique à l'état normal.* — Pour pouvoir juger des modifications du magnésium sérique il est nécessaire de connaître ses valeurs normales moyenne et extrêmes.

64 sujets « considérés comme normaux » ont servi de base à cette appréciation.

Toutes les déterminations du magnésium sérique ont été effectuées suivant la méthode de Léon Velluz sur des échantillons de sang suffisants pour permettre deux ou trois dosages ; elles en représentent les moyennes.

Les valeurs extrêmes du magnésium sérique qu'il nous a été donné de constater sont de 16,2 mgr. ‰ et 24 mgr. ‰. La valeur moyenne du magnésium sérique à l'état normal peut donc être considérée comme égale à 20,1 mgr. ‰

2° *Le magnésium sérique dans certains états psychiques.* — Les malades chez lesquels l'étude du magnésium sérique a été poursuivie étaient en traitement à des titres divers dans le service de neuro-psychiatrie de l'Hôpital Militaire Desgenettes, sujets jeunes pour la plupart : obsédés, petits anxieux, paranoïaques, débiles mentaux, discordants affectifs, éthyliques chroniques, etc...

Sur les 19 malades étudiés, nos résultats sont les suivants :

a) chez 13 de ces sujets le magnésium sérique oscille dans ses limites normales ;

b) chez 4 d'entre-eux il est diminué de 6,7 à 21,6 %, diminution calculée d'après une valeur minima normale du magnésium sérique de 16,2 mgr.

c) chez 2 de ces mêmes malades il est augmenté de 4,8 % et de 68 %, augmentation calculée d'après une valeur maxima normale du magnésium sérique de 24 mgr.

Si l'on envisage le contexte clinique on voit que :

a) La diminution du magnésium sérique a été observée dans un état d'agitation avec autisme (envoyé le lendemain à

l'asile) dans deux états dépressifs simples et dans un cas de débilité mentale avec impulsivité.

Cinq états dépressifs de type obsessionnel, un état post-commotionnel (céphalées éblouissements, dysmnésie de fixation, instabilité, irritabilité, hypertension du liquide céphalo-rachidien, flou papillaire) ne se sont accompagnés d'aucune modification du magnésium sérique.

b) L'augmentation du magnésium sérique a été constatée chez deux éthyliques, l'un démentiel, l'autre discordant affectif ; chez ce dernier, l'augmentation était notable ; *mg* sérique = 40,4 mgr. ‰.

Deux autres éthyliques chroniques, l'un en état de démence à forme dépressive, l'autre présentant un syndrome de Klippel avaient un magnésium sérique normal.

c) La constance du magnésium sérique a été notée dans tous les autres cas : instabilité affective avec bouffées anxieuses (1 cas), état schyzoïde avec difficulté d'adaptation en milieu militaire (1 cas), syndrome des sosies chez un petit paranoïque après choc émotif (1 cas), arriération sociale chez un engagé (1 cas), débilité mentale légère avec nosophobie (1 cas), état post-commotionnel avec hypertension du liquide céphalo-rachidien (1 cas), états dépressifs de type obsessionnel (doutes, irrésolution, impulsions, 5 cas), phase dépressive chez un éthylique chronique (1 cas), syndrome de Klippel (1 cas).

Ces résultats montrent, en ce qui concerne l'ion magnésium, que les états du type expansif ou dépressif ne s'accompagnent pas d'une modification constante du magnésium sérique. Lorsque des modifications sont enregistrées, elles se font dans le sens d'une diminution ne dépassant pas les 22/100 de la valeur normale minima du magnésium sérique, ou dans le sens d'une augmentation qui a pu, dans un cas, atteindre les 68/100 de la valeur maxima normale du magnésium sérique.

L'augmentation ou la diminution de la concentration en ions Mg du plasma paraît indépendante de la nature des manifestations psycho-motrices enregistrées.

La constance du magnésium sérique est le fait le plus habituellement constaté.

3° *Le magnésium sérique après injection intra-veineuse d'hyposulfite de magnésium.* — Chez les mêmes malades nous avons étudié les modifications apportées au magné-

sium sérique par une injection intra-veineuse de 1 gr. d'hyposufite de magnésium, soit 29 mgr. de magnésium métal par litre de sang (le volume sanguin chez un sujet de poids moyen peut être considéré comme égal à 6 litres environ).

a) Chez 12 sujets à magnésium sérique initial normal cette injection ne provoque qu'une faible augmentation du magnésium sérique : augmentation moyenne des 11/100 de sa valeur initiale.

Dans un cas le magnésium sérique est demeuré inchangé.

Dans un autre cas il a été noté une diminution du magnésium sérique initial de 5,6 %.

En moyenne les 92/100 de la quantité de magnésium injectée sont éliminés de la circulation sanguine en moins de 2 h. 30.

b) Chez les 4 sujets à magnésium sérique initial infranormal, l'augmentation du magnésium sérique a été plus marquée ; elle représente en moyenne les 58/100 du magnésium sérique initial.

Corrélativement le pourcentage éliminé du sang dans un délai de moins de 2 heures diminue; mais il demeure très important : 71 %.

c) Chez les 2 sujets à magnésium sérique initial supranormal l'injection a eu des résulats différents :

chez l'un, éthylique chronique, discordant affectif, le magnésium sérique a subi une diminution de 44,3 %.

chez l'autre, éthylique également, mais avec un état démentiel, le magnésium sérique a subi une augmentation de 6,5 %.

En conclusion, et hormis un cas (éthylique à magnésium sérique initial de 40,4 mgr. ‰), les variations du magnésium sérique après injection intraveineuse d'hyposulfite de magnésium, quoique plus marquées chez les sujets à magnésium sérique infra-normal, ne sont jamais considérables.

D'une façon générale, le sang tend à maintenir constante sa constitution inorganique.

Données sur ma réaction dans l'urine et le liquide céphalo-rachidien

par le Prof. A. Donaggio (de Modène)

J'ai présenté aux Congrès des aliénistes et des neurologistes à Limoges et à Rabat (1932-1933) des communications sur ma réaction, qui permet de révéler l'existence d'un phénomène particulier dans l'urine et dans le *liquor*, dans certaines conditions physiologiques et pathologiques, à partir des états de fièvre spontanée ou provoquée (pyréthothérapie) jusqu'à certaines intoxications, à l'accès moteur épileptique, à la fatigue, etc... Ce phénomène consiste dans la propriété acquise par l'urine et le *liquor*, dans certaines circonstances d'empêcher la précipitation qui a lieu normalement entre les couleurs basiques d'aniline et un mordant : ce phénomène je l'ai appelé « phénomène d'obstacle ».

J'ai donné la description de la technique de ma réaction (v. aussi ma communic. à la Société de Neurologie de Paris, séance du 1er juin 1933 ; *Revue Neurologique*, n° 1, juillet 1933, addendum à la séance du 6 juillet 1933). D'autres données ont été communiquées à la Société de neurologie de Paris, séance du 16 novembre 1933 (*Revue Neurologique*, t. II, n° 5, novembre 1933) ; dans ce mémoire il y a aussi l'indication des confirmations apportées à mes recherches.

A côté des résultats des recherches, il y a le problème qui a trait au mécanisme de la réaction, c'est-à-dire du « phénomène d'obstacle ». J'ai démontré ces faits :

1° Si l'urine ou le liquide céphalo-rachidien — qui, comme d'habitude, sont préalablement filtrés, bouillis, filtrés de nouveau et présentent avec ma réaction le « phénomène d'obstacle » — sont mélangés avec de la poudre de kaolin ou de charbon animal, et le mélange est agité et filtré, et sur la partie filtrée on pratique ma réaction, on constate que l'urine et le liquide céphalo-rachidien ont perdu la capacité de provoquer le « phénomène d'obstacle » ;

2° Si l'urine et le liquide céphalo-rachidien, filtrés, bouillis, qui présentent la capacité de déterminer le phénomène d'obstacle, sont soumis à la dialyse, la partie qui a passé à travers la membrane du dialyseur dans l'eau distillée, et qui est reconduite avec l'ébullition à la proportion primitive, perd la capacité de provoquer le phénomène d'obstacle ;

3° Si le résidu de l'urine ou du liquide céphalo-rachidien, resté au-dessus de la membrane du dialyseur, est recueilli et reconduit avec de l'eau distillée au volume primitif, on obtient avec ma réaction le phénomène d'obstacle.

Ces phénomènes sont propres aux substances colloïdales. C'est pourquoi j'ai formulé l'hypothèse, fondée sur les faits constants d'observation, que dans le mécanisme du « phénomène d'obstacle », que j'ai mis en évidence avec ma réaction, on doit attribuer un rôle important à l'action protectrice des colloïdes.

En rapport à mes données sur les effets de la dialyse, MM. Cortesi et Fattovitch ont étudié le comportement de la tension superficielle dans ma réaction ; ils ont précisé que *chaque augmentation du « phénomène d'obstacle » correspond à une diminution de la tension superficielle* et vice-versa. A des conclusions semblables sont arrivés aussi MM. D'Ormea et Broggi.

Ces variations de la tension superficielle sont les mêmes qui se vérifient pour les substances colloïdales ; ainsi les auteurs ont apporté une confirmation à mon hypothèse dérivée des faits d'observation, qui donne une importance remarquable à l'intervention de substances colloïdales dans le mécanisme de ma réaction.

Mes recherches, et les recherches des nombreux auteurs qui ont appliqué ma réaction, ont été faites sur l'homme. L'application de la méthode, ainsi que je l'ai décrite, aux animaux, ne donne pas des résultats satisfaisants. Mais j'ai réussi tout récemment à rendre possible l'application de la réaction aussi aux recherches expérimentales sur les animaux, en modifiant la méthode. Avec cette modification, que je ferai connaître, j'ai constaté des réactions nettement positives (« phénomène d'obstacle ») dans le chien, à la suite de certaines intoxications, et de la fatigue.

Recherches expérimentales par les injections intrarachidiennes du liquide céphalo-rachidien

(Communication préliminaire)

par le Dr Sim. Vlavianos

d'Athènes (Grèce)

Partant d'une théorie nouvelle de mon collègue et neveu Dr Georges Vlavianos, Chef de clinique de l'Hôpital « Eginition » de maladies nerveuses et mentales à la Faculté de Médecine d'Athènes, théorie qu'il a entrepris à prouver expérimentalement, procédant depuis un an à des expériences très concluantes, tendant à introduire à la Science l'idée que le cerveau, à part l'hypophyse et l'épiphyse (corps pinéal) contient et produit d'autres hormones, encore inconnues, comme une glande endocrinienne, j'ai pensé qu'il y aurait fort intérêt à élargir le cadre de cette conception ingénieuse, en procédant à de pareilles expériences par l'injection du liquide céphalo-rachidien, contenant ces hormones.

Etant donné que l'hyperfonction ou l'hypofonction d'une glande, comme par exemple de la thyroïde, donne des symptômes cliniques diamétralement opposés, il est probable que la mélancolie et la manie puissent être influencés mutuellement, si l'on arrive à agir sur le système nerveux et surtout les cellules cérébrales par des hormones d'une diversité absolue, en tant qu'expression clinique, physique et psychique.

Pour cette raison, j'ai pensé qu'en appliquant ces idées aux deux psychoses par excellence, ou plutôt à ces deux syndromes cliniques, la manie et la mélancolie, en excluant toute infection et toute autre cause pathogénétique organique et en injectant, pour commencer, le liquide céphalo-rachidien du maniaque au canal rachidien du mélancolique et *vice versa*, on pourrait tenter à obtenir des résultats thérapeutiques par cette voie.

Il serait peut-être mieux de faire la ponction à la partie subiniaque, parce que, comme l'a déjà prouvé Cushing dans ses expériences relatives, le liquide céphalo-rachidien est plus concentré que celui qui vient d'ordinaire d'une ponction lombaire.

Nous avons donc commencé à expérimenter, à l'Asile Public des aliénés à Athènes, avec la permission de M. le Ministre d'Hygiène, M. le Dr Spyro Tsacopoulo, sur quelques malades de cette catégorie, et nous continuerons à l'avenir ces expériences, là et ailleurs, étant donné que ces Asiles contiennent des centaines de déments chroniques incurables et d'autres psychoses, mais trop peu de maniaques et de mélancoliques, chose étrange, s'expliquant par le fait que de pareilles psychoses aiguës sont internées plutôt aux maisons de santé privées, dans lesquelles naturellement on ne peut pas faire des expériences.

Ça serait très prématuré de vous communiquer aujourd'hui quoi que ce soit sur les résultats de ces premières tentatives et j'ai voulu seulement aujourd'hui présenter ces idées sous la forme d'une communication préliminaire.

Les aliénistes lyonnais au début du XIXᵉ siècle

par MM. Frantz et Emile Adam

Les lectures et les recherches que nous a incités à faire le rapport si documenté de Desruelles, nous ont été l'occasion de constater que les aliénistes lyonnais étaient au début du siècle dernier, déjà, des esprits très cultivés. L'intérêt scientifique des solides travaux qu'ils ont laissés se double aujourd'hui d'un réel intérêt historique. Or, la plupart de ces médecins étaient originaires du département de l'Ain, et l'on concevra que, comme Bressans d'une part, comme anciens élèves de cette vieille Université de Lyon d'autre part, nous ayons songé à évoquer le souvenir des Aînés qui exerçaient dans cette bonne ville à l'époque où fut entreprise la réforme, encore inachevée aujourd'hui, de l'assistance aux aliénés.

Amard Louis-Victor-Frédéric, naquit à Coligny en 1777. Elève des Ecoles de Lyon, puis de Paris, il devint chirurgien de la Charité en 1805. C'est dans cet établissement (que nous ne verrons pas disparaître sans regrets, ne sommes-nous pas de ceux qui surveillèrent du petit café d'en face l'apparition de la boule, blanche ou rouge, appelant les stagiaires au chevet des parturiantes ?), que l'on hospitalisait alors une grande partie des aliénés de la région. L'Hôtel-Dieu en recélait aussi un certain nombre. Tous les auteurs de l'époque sont d'accord pour reconnaître que ces services laissaient beaucoup à désirer. « Lorsque je visitai pour la première fois les aliénés de Lyon, en 1809, a écrit Esquirol..., à la Charité, ils habitaient des souterrains ; à l'Hôtel-Dieu, il y avait (pour ces malades) trente-huit chambres occupant trois étages, bâties sur les trois côtés d'une cour étroite, irrégulière, et excessivement humide... Les aliénés ne sortaient point de leurs loges. Ceux auxquels on voulait donner des bains de surprise étaient conduits jusqu'au Rhône par des souterrains ». C'est Amard qui obtint, non sans peine, que ces

malades fussent transportés dans un ancien couvent, à mi-hauteur de la colline de Fourvière (sur l'emplacement, dit-on, de l'ancien *Forum Veneris,* de Trajan).

« Le choix de cette position, dit encore Esquirol, ne fut pas heureux » ; personne n'en fut satisfait, mais ce ne sera cependant qu'en 1877 que les malades pourront être hospitalisés dans un établissement moderne, l'actuel asile de Bron. Il est intéressant, nous dirions presque amusant, pour ceux d'entre nous que préoccupe la question de la valeur du témoignage, d'apprendre que Bottex, dont nous parlerons dans un instant, se plaignait notamment de ce que, des cours de l'Antiquaille, on aperçût les quais de la Saône où déambulaient les Lyonnais, ce qui avait pour effet de troubler les malades. Esquirol confirme le fait. « Le nommé Bret, à en croire Bottex qui, dans sa monomanie, se croyait roi de France, fut si péniblement affecté de voir (au cours d'une sédition en 1834), que, disait-il, *on tirait sur son peuple,* qu'il fut pris d'une encéphalite qui le fit périr après quelques jours d'une violente agitation et d'une véritable frénésie ». Or, si nous en croyons Berthier, il faut « pour être juste » reconnaître que les aliénés ne peuvent apercevoir les promeneurs des quais de la Saône ! Cette contestation établit une fois de plus que des esprits indiscutablement honnêtes, peuvent ne pas arriver à se mettre d'accord sur un fait cependant d'ordre matériel et, semblerait-il, très facilement contrôlable. Et alors, comment réprimer un sourire quand on veut nous faire accroire, par exemple, que certain moustique qui s'en vint piquer le sein d'une promeneuse de Gagny, s'était incontestablement évadé du service de notre ami Demay, à Maison-Blanche !

Amard publia en 1807 son *Traité analytique de la Folie,* imprimé chez Ballanche « aux Halles de la Grenette ». Esprit moins compliqué que Desruelles, il reconnaît quatre espèces de folies seulement : l'idiotisme, la démence, la manie avec délire, la manie sans délire. A propos de l'idiotisme, Amard déclare en une note remarquable (page 94), qu'il peut être « de naissance et incurable, ou, au contraire, accidentel et susceptible de curation ». Si l'on rapproche cette note d'une observation, relatée par l'auteur, qui l'a du reste empruntée à Pinel, observation d'un cas « d'idiotisme plus confirmé », à propos de laquelle Amard fait remarquer que chez le malade qui en fait l'objet, *un jeune sculpteur de*

28 ans, « l'idiotisme consiste dans une oblitération plus ou moins avancée de l'entendement, des facultés affectives du cœur et des fonctions animales, d'où résultent l'hébétitude (*sic*), l'indifférence et l'oubli de soi-même », on est en droit de dire que la démence précoce avait été décrite, et bien décrite, à Lyon dès 1807.

En 1811, Amard alla s'installer à Paris où il mourut en 1847. « Comme la plupart des grands médecins de Lyon, Amard cultivait les lettres ; il contribua, nous dit Cartaz (*Les Médecins bressans,* Paris, Masson, 1902), à la fondation de la Société littéraire de Lyon, en 1807, et il en fut le premier président. »

Martin, dit le Jeune (son aîné fut aussi un médecin lyonnais distingué), était né à Saint-Rambert-en-Bugey en 1772. *Administrateur* (?) de l'Antiquaille, il y créa la clinique des maladies mentales. C'est lui qui introduisit en France l'usage de la fameuse machine de Darwin, inventée du reste par l'Anglais Mason-Cox, à l'aide de laquelle on soumettait les aliénés au « pirouettement ». Martin devait être un garçon intelligent, car, s'étant aperçu que ce mode de traitement ne donnait pas de résultats heureux, il y renonça. Il fut, par ailleurs, un des premiers à préconiser la vaccination et à en populariser l'emploi à Lyon. Lui aussi mourut, comme Amard, en 1847.

Nous ne savons d'où était originaire Pasquier, qui assura le service des aliénés à l'Antiquaille de 1821 à 1835. Esquirol cite de lui l'ouvrage suivant, également mentionné par Parchappe : *Essai sur les distributions et le mode d'organisation, d'après un système physiologique d'un hôpital d'aliénés pour quatre à cinq cents malades.*

Dès 1830, sans doute comme adjoint de Pasquier, Bottex s'occupait des aliénés à l'Antiquaille. Alexandre Bottex était né en 1795 à Neuville-sur-Ain, ce charmant petit village où vous vous êtes arrêtés hier. Il fut élevé au collège de Bourg et fit ses études médicales à Lyon puis à Paris ; il reviendra dans cette ville en 1831 pour y observer et soigner les cholériques. Devenu médecin-chef du service en 1835, Bottex se révéla clinicien très distingué. Nous avons eu la bonne fortune de pouvoir nous procurer tous ceux de ses travaux qui ont trait à l'aliénation mentale ; ce sont : *Du siège et de la Nature des Maladies Mentales* (1833) ; *Essai sur les Hallucinations* (1836) ; *De la Médecine légale des Aliénés* (1838) ; *Rapport*

statistique sur le Service des Aliénés de l'Hospice de l'Antiquaille (1839). M. René Sémelaigne ne consacre pas moins de six grandes pages de son important travail sur *Quelques Pionniers de la Psychiatrie française* (Volume I.), à l'analyse des travaux de Bottex qui, lui aussi, ne reconnaît que quatre formes de *folies :* la manie, la démence qui fait habituellement suite à la manie mais peut aussi être due à la sénilité, les diverses monomanies et enfin l'idiotie dont une forme atténuée est l'imbécillité. « La démence, dit Bottex, est donc la manie devenue incurable. La manie et la démence peuvent se compliquer de paralysie d'un plus ou moins grand nombre de muscles de la vie animale » ; c'est là l'affection isolée par M. Calmeil et qui est « toujours mortelle » ; elle est causée par le ramollissement de la couche extérieure du cerveau. Il est curieux de noter que, dans cette même brochure, où il est parlé de la paralysie générale qui ne sera que bien plus tard imputée à la syphilis, Bottex relève, parmi les causes physiques de la folie, la syphilis et le mercure (il dit même « syphilis ou mercure »).

Bottex mourut en 1849 à l'âge de cinquante-cinq ans.

Nous voudrions encore vous parler de deux médecins, Prost et Berthier, le premier un peu plus âgé, le second beaucoup plus jeune que les médecins dont nous venons de vous dire quelques mots.

M. Sémelaigne lui-même, si soucieux qu'il se soit montré d'apporter des renseignements complets sur les aliénistes auxquels il a consacré des études, n'a pu établir où et quand était né Prost, et il ne connaît même que les initiales, P.-A., de ses prénoms. Ancien chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon, Prost avait un frère aîné qui exerçait la médecine à Bourbon-l'Archambaud. Les deux frères, d'après des observations rapportées par celui qui nous intéresse, semblent avoir été originaires des environs de Bourbon. Comme Amard, Prost émigra à Paris où il publia deux petites brochures : *Coup d'œil* et *Nouveau coup d'œil sur la Folie ;* la première est sans indication de date, la seconde fut imprimée à Paris en 1807. Prost y expose que la folie ne peut être qu'une maladie organique et, comme il n'arriva pas à déceler dans le cerveau de lésions susceptibles d'expliquer les phénomènes observés, il imputa la manie « à un trouble des organes muqueux du ventre, et surtout de la bile et des intestins », trouble retentissant sur le cerveau. On était, à cette époque, très matérialiste à l'Ecole

de Lyon, puisque Amard allait établir que la folie est due « à une perversion particulière » de ces mêmes viscères abdominaux et, devançant Santenoise, à une lésion des ganglions du grand sympathique. Bottex, de son côté, se proposait d'établir que la folie ne peut être « une maladie de l'âme ou de l'esprit, mais (est) une affection organique qui a son siège dans le cerveau. » Ces théories valurent, à Prost du moins, quand il fut devenu parisien, d'être mal vu de certains confrères et notamment de Royer-Collard « partisan de la pure doctrine psychologique ». Il semble que les Parisiens lui tenaient surtout rigueur d'être venu fonder chez eux une maison de santé que l'on s'efforça de décrier et qui, cédée à Esprit-Blanche, allait au contraire prospérer et devenir célèbre. Prost, qui disait avoir fait preuve d'un « courage remarquable » en pratiquant de nombreuses autopsies et en montrant « plus d'amour pour la vie des autres » que pour la sienne, mourut au cours de l'épidémie de choléra de 1832, après avoir encore eu le temps de publier un mémoire sur cette affection.

Pour ce qui est de Berthier, ce n'était ni un Lyonnais, ni un Bressan ; né à Sennecy-le-Grand (Saône-et-Loire) en 1830, il n'exerça notre spécialité qu'au cours de la seconde moitié du XIX[e] siècle. Il n'y aurait donc pas lieu de parler de lui ici ; mais hier, vous êtes allés à Bourg pour visiter deux asiles auxquels nous demeurons attachés par quantité de souvenirs d'enfance des plus agréables. L'un de nous assure encore actuellement la direction d'un de ces établissements qui, de 1857 à 1861 furent, tous les deux, confiés aux soins de Berthier « médecin en chef des asiles de Bourg ». Et voici pourquoi nous avons encore voulu évoquer le souvenir de cet aliéniste érudit qui a laissé de nombreux travaux, dont quatre petits volumes d'*Excursions scientifiques dans les Asiles d'aliénés*, dans lesquels nous avons puisé quelques-uns des faits relatés plus haut.

En 1861, Berthier quitta notre région pour aller dans la Seine qui, décidément, a, de tout temps, exercé une fascination sur bon nombre de médecins des asiles provinciaux. Il y fit une brillante carrière comme médecin de Bicêtre et mourut en 1877. Berthier avait été remplacé à Bourg par le docteur Pic ; encore un nom qui nous rattache à la grande famille médicale lyonnaise.

Tous ces aliénistes dont nous venons, Messieurs, de vous

retracer sommairement l'existence ont *travaillé*. Chacun d'eux a apporté une collaboration, plus ou moins importante, certes, à une grande œuvre. Tous ont eu à lutter, et souvent de façon pénible, pour améliorer le sort des malades qui nous sont confiés. Malades trop souvent considérés comme peu dignes d'intérêt. Le public les croit à peu près tous incurables, tous dangereux, la plupart en tout cas « méchants ». A une époque relativement récente, des médecins eux-mêmes pensaient, Répond nous l'a rappelé au cours de ce Congrès, que la folie ne pouvait qu'être la punition du péché et de « mauvaises passions ». Cette idée est-elle abandonnée de tout le monde ? Nous aimons mieux ne pas révéler à quel milieu social appartenait un interlocuteur qui dit un jour à l'un de nous : « Alors, votre frère, il soigne les fous, comme vous les soignez vous-même, et comme les soignait déjà votre père... Quelle drôle d'idée... On ne soigne cependant pas les serpents... »

Il reste encore beaucoup à faire ! à travailler ! Mais les psychiatres d'aujourd'hui travaillent, même dans les Congrès, comme ont travaillé ces aliénistes dont nous avons voulu évoquer, ici, le souvenir.

M. Wahl (de Marseille) rappelle qu'en 1788, la Commission administrative de l'Asile de Marseille avait demandé à la ville de Lyon le modèle de la chemise de force que celle-ci avait fait faire à l'imitation de Daguin, de Chambéry.

COMMUNICATIONS DE NEUROLOGIE

Cinq observations anatomo-cliniques de tumeurs du 3e ventricule

par MM. Bériel et Barbier (Lyon)

Parler de tumeur d'une cavité comme le IIIe ventricule, parler de syndrome anatomo-clinique du IIIe ventricule, serait un peu paradoxal si l'on entendait la définition au pied de la lettre. En dehors des kystes ou des tumeurs de l'épendyme ventriculaire, il est facile de comprendre que les tumeurs seront venues d'ailleurs, ou au moins des parois, pour se mouler plus ou moins dans la cavité qui se présente à elles ; que les symptômes, de leur côté, seront empruntés à la physiologie des centres qui, dans l'épaisseur de la paroi ou dans son voisinage immédiat, encadrent le 3e ventricule.

A l'effort de synthèse, qui doit être celui des rapporteurs, il nous semble donc utile d'opposer pour notre part quelques cas anatomocliniques, déroutants par leurs symptômes et montrant la diversité des faits qui se présentent à l'observateur.

Les cinq observations que nous apportons ici avec quelques clichés photographiques n'ont pas d'autre but ; on retrouvera trois d'entre elles déjà publiées en détail, les deux autres le seront d'ici peu, aussi serons-nous très bref.

Observation I. — Var... (thèse Arnaud, Lyon, 1932-33, p. 69).

Cliniquement : troubles psychiques, céphalées, démarche à petits pas, réflexes vifs. Aspect de syndrome pseudo-bulbaire, mais œdème des deux papilles, dissociation albuminocytologique dans le L.C.R. Ventriculographie : distension de la corne frontale du ventricule gauche. Ventricule droit non injecté. Ventricule moyen invisible.

On admettait cliniquement le diagnostic de tumeur cérébrale et sur cette ventriculographie et sur les troubles psychiques, on pensait à une localisation *frontale droite*. Mort avant l'intervention.

Anatomiquement : grosse tumeur moulée dans le troisième ventricule, bombant dans les ventricules latéraux, faisant saillie en haut et en arrière entre les deux hémisphères, en soulevant le septum lucidum.

Histologiquement : les caractères épithéliaux de certaines travées cellulaires font admettre le diagnostic de dysembryome né aux dépens de la poche de Rathke.

Observation II. — Thèse Le Bihan, Lyon 1932.

H..., 16 ans. Cliniquement : torpeurs, somnolences progressives avec céphalées. L'hypersomnie progressive, mais avec améliorations transitoires, les modifications thermiques avec fièvre passagère, une ponction lombaire avec hyperglycorrachie légère (0,63), font d'abord pencher pour l'*encéphalite*.

Une radiographie interprétée comme augmentation importante de la selle turcique — un peu d'infantilisme — égarent un moment vers une tumeur de l'hypophyse et font faire de la radiothérapie. Pourtant l'aggravation, l'apparition d'œdème de la papille avec hémorragies peripapillaires, avaient fait à plusieurs reprises discuter le diagnostic de tumeur du troisième ventricule.

Alors qu'on allait faire une ventriculographie, aggravation, apparition d'un *syndrome parkinsonien avec rigidité et tremblement parkinsonien*. Mort rapide après l'apparition de ces symptômes qui avaient *ramené au diagnostic initial d'encéphalite*.

Anatomiquement : tumeur du volume d'une petite noix, *moulée sur le ventricule,* libre presque partout, par conséquent théoriquement très enlevable. Histologiquement : gliome né dans la paroi du ventricule et soulevant le revêtement épendymaire.

Observation III. — Mich..., 12 ans.

Cliniquement : apparition rapide en trois mois, de céphalées, puis d'un syndrome de quadriplégie flasco-spasmodique, avec exagération des réflexes. Signe de Babinski bilatéral, flaccidité musculaire, nuque pendante, incontinence des urines.

Pas de torpeur et même état euphorique avec puérilisme.

Pas d'hyperalbuminose du liquide céphalo-rachidien ni de réaction inflammatoire, mais hypertension à 45 au Claude. Œdème papillaire pur bilatéral.

La présence d'un nez en lorgnette, de stigmates dentaires, d'un Wassermann très positif dans le sang, orientent vers des accidents spécifiques, cérébraux, méningés, ou hydrocéphaliques.

L'enfant meurt au cours du début du traitement d'épreuve, 11 jours après l'entrée à l'hôpital.

Anatomiquement : le 3[e] ventricule est occupé par un kyste moulé sur la paroi ventriculaire, bloquant les communications de ce 3[e] ventricule avec les ventricules latéraux, un petit prolongement de ce kyste s'est même introduit par un des trous de Monro. Dans ce kyste, dont l'étude histologique est en cours, on a vainement recherché des crochets d'hydatides.

Observation IV. — Rob., 44 ans, céphalée progressive d'apparition rapide, à caractère paroxystique avec intervalles libres. Diplopie interprétée par le docteur Genet comme due à une parésie du grand oblique, diminution de l'audition de l'oreille gauche, pas de signes de la série pyramidale, démarche légèrement ébrieuse, dysmétrie et adiadococinésie discrète de la main gauche, quelques douleurs dans les membres, fourmillements dans les mains.

Au premier examen de fond d'œil pas de modifications de la papille de droite, papillite inflammatoire à gauche, sans œdème papillaire (docteur Genet).

Ponction lombaire : hyperalbuminose (1 gr.), hyperglycorrachie (0,75). Deux à trois leucocytes par millimètre cube. Bordet-Wassermann négatif.

On penche pour l'hypothèse d'encéphalite épidémique ; le malade est mis au traitement au salicylate et à l'urotropine, aggravation rapide de la céphalée, avec somnolences. En trois semaines, apparition d'un œdème papillaire bilatéral. Cette aggravation ramène au diagnostic de tumeur : mais les signes du côté des nerfs craniens et les signes cérébelleux font admettre une localisation au niveau de la fosse postérieure. A cause de ce diagnostic on ne fait pas de ventriculographie.

Trépanation large de la fosse cérébelleuse. Pas de lésion apparente du cervelet, mais la pointe du lobe occipital gauche semble plus tendue et on admet à l'intervention un gliome probable de l'hémisphère gauche : on décide qu'on réinterviendra après ventriculographie sur l'hémisphère gauche. Mais quelques jours après la première intervention que le malade avait bien supportée en apparence, décès subit.

Anatomiquement : le 3[e] ventricule était envahi par une *tumeur solide,* manifestement née dans la région sous-thalamique gauche, où elle gardait une large implantation. Partout ailleurs, elle était libre, mais moulée sur les parois ventriculaires.

Observation V. — Bériel et Bernheim, *Lyon-Méd.,* 1925, t. I, p. 26.

T... Germain, 16 ans, 5 septembre 1934.

Céphalée et raideur de la nuque par crises, avec tête en extension forcée, sans perte de connaissance.

Amaurose presque complète. Œdème papillaire bilatéral. Paralysie de la 7e et de la 9e paires. Adiadococinésie à gauche sans autre signe cérébelleux. Babinski des deux côtés. Ponction lombaire. Tension : 52. Les signes cérébelleux et les crises de raideur paroxystique font admettre une localisation cérébelleuse ou du tronc cérébral.

Tumeur kystique développée dans toute la base de l'encéphale; se continue en avant jusqu'à la région infundibulaire. Au niveau de cette région, la tumeur refoule le tissu nerveux en passant au travers des couches optiques droite et gauche, en venant soulever la partie inférieure des ventricules latéraux sous le *septum lucidum*. Tous les ventricules sont fortement hydropiques.

Histologiquement : on reconnaît des éléments secrétoires faisant songer aux tumeurs choroïdiennes, mais on observe des placards épithéliaux typiques à grandes cellules comme on en décrit dans les tumeurs de Rathke. Cet aspect, joint à la notion du contenu des kystes, laisse penser qu'il s'agit très probablement d'une tumeur de ce type.

Ces résumés d'observations peuvent sembler un peu décevants. Certes, dans tous les cas, le diagnostic de tumeur du 3e ventricule avait été au moins *discuté,* souvent même *admis* pendant une partie de l'observation clinique. Mais des arguments semblant valables nous avaient amenés finalement à d'autres conclusions sur le siège de la lésion, puisque nous avons admis dans 2 cas la localisation cérébelleuse, dans un cas la localisation frontale, dans un cas, au moins passagèrement, une tumeur hypophysaire.

De même, les caractères inflammatoires du liquide, la marche par à-coup de la maladie, la température ou les examens du sang, nous ont fait prendre, pendant quelques semaines, trois de ces tumeurs soit pour des encéphalites, soit pour des accidents d'hérédospécificité. Un seul de nos malades a été opéré, sur une localisation d'ailleurs inexacte.

Un seul a eu une ventriculographie avec des résultats qui ne nous ont pas fait faire le diagnostic exact du siège. Nous ne voudrions pas que l'on conclue de ces abstensions à un scepticisme thérapeutique qui est loin de notre pensée.

Mais nous avons vu souvent les malades très tard, l'un onze jours, un autre neuf jours avant la mort, le troisième un mois avant la date où nous l'avons fait opérer — un seul, le malade de l'observation II a été suivi par nous pendant plusieurs mois, mais chez lui le diagnostic d'encéphalite fait tout d'abord

(avec résultat en apparence favorable de la chimiothérapie) — puis le diagnostic radiographique de tumeur de l'hypophyse (avec amélioration notable après la radiothérapie) — excuse au moins la persistance de notre abstention.

Malgré le caractère en apparence clivable de la tumeur dans notre observation II, nous considérons d'ailleurs l'ensemble de ces cinq cas comme au-dessus des possibilités actuelles de l'exérèse chirurgicale.

Tumeur du troisième ventricule à symptômes atypiques

par MM. A. Devic (Lyon) et G. Arnaud (Grenoble)

Les pièces dont nous projetons les photographies proviennent d'un malade dont nous avions observé le début des accidents et qui revint mourir dans le service de neurologie des hôpitaux de Lyon. Grâce à une publication de notre ami, le Dr Colrat, et à l'extrême obligeance de M. le Dr Clovis Vincent, qui nous a communiqué les très beaux documents qu'il a recueillis, nous pouvons superposer l'histoire clinique aux données anatomiques.

Début des accidents, en 1919, à l'âge de 29 ans, par des crises épileptiques rares et des absences fréquentes. Un neurologiste des plus qualifiés, après examen clinique négatif, ponction lombaire également négative, met le malade au Gardénal sans arriver à faire disparaître les crises. Notre premier examen est de 1927, également négatif, à part une irritabilité et une instabilité qui parurent banales chez un épileptique.

Mars 1928 : baisse brusque de la vision de l'œil gauche. En avril, le Dr Colrat constate un œdème léger avec papille floue et veine dilatée ; scotome central ; papille droite normale. Le diagnostic de névrite rétrobulaire paraît s'imposer. Le malade refuse de se prêter à un examen complet et ne se décide à entrer dans le service de neurologie des hôpitaux qu'en octobre. Même état oculaire. Pas de signes neurologiques. La ponction lombaire montre une tension de 24 (position couchée), pas de lymphocytose ; albumine, 0 gr. 22. Mais le Wassermann est positif dans le sang et le liquide céphalo-rachidien. Un traitement d'épreuve fait, semble-t-il, diminuer un peu la fréquence des absences. En mars 1929, la vision baisse aussi à droite et le Dr Colrat constate pour la première fois un scotome paracentral externe en même temps que la radiographie montre la disparition des clinoïdes antérieures.

La radiothérapie améliore légèrement la vision de l'œil droit

mais la papille gauche est atrophiée en totalité ; la droite partiellement et le scotome temporal persiste.

En 1932, nouvelle aggravation et le malade se confie à M. le Dr Clovis Vincent. Les radiographies font admettre une tumeur sur la selle turcique ou le sphénoïde. Le 23 juin 1923, un volet frontal droit découvre un nerf optique un peu grêle, la clinoïde antérieure droite disparue et derrière le nerf optique une cavité de deux centimètres de diamètre creusée dans l'espace interclinoïdien antérieur du sphénoïde. La tumeur n'est pas vue mais son existence paraît certaine. On tente de la repérer plus tard par la ventriculographie. Les cornes frontales sont en place, dilatées, mais non amputées. Sur le cliché front plaque les cornes occipitales sont dilatées et le IIIe ventricule se présente, non comme une élipse, mais comme un croissant transversal à pointes inférieures. M. Clovis Vincent pense à une tumeur inextirpable.

En juillet 1933, le malade revient dans le service de neurologie des hôpitaux de Lyon. Atrophie optique bilatérale donnant plutôt l'impression d'une atrophie par névrite que par stase (Dr Bussy). Malade très obnubilé ; escarres, décès très rapide.

L'autopsie montra à la base du cerveau une saillie en avant du chiasma. Sur les coupes transversales faites à ce niveau, masse néoplasique occupant toute la partie antérieure du IIIe ventricule. La cavité a disparu dans cette zone mais, en réalité, est simplement refoulée. Les trous de Monro sont également refoulés mais non oblitérés. La tumeur est diffuse et se confond par côté avec le tissu cérébral. Elle envahit en avant toute la substance blanche du lobe frontal gauche, dont la corne ventriculaire a disparu.

La selle turcique est très effacée.

L'examen histologique montre la nature gliomateuse de la tumeur.

Nous avons cru intéressant de projeter les photographies de cette pièce, car son type très particulier explique bien ses anomalies cliniques. Il s'agit, en somme, d'un gliome frontal qui a secondairement envahi le ventricule. La première phase de l'évolution ne s'est manifestée que par des crises épileptiques dont ni l'examen clinique, ni celui du liquide céphalo-rachidien n'ont pu faire soupçonner la nature. Le fait est surtout remarquable par la durée (9 ans) de cette phase monosymptomatique.

Le caractère très atypique du syndrome chiasmatique avait retenu l'attention du Dr Colrat (*Revue d'oto-neuro-ophtalmo-*

logie, novembre 1929). Il s'explique lui aussi par la façon anormale dont le chiasma a été comprimé par une tumeur venue du lobe frontal.

Les très belles ventriculographies du Dr Clovis Vincent ont précisé l'invasion du IIIe ventricule et détourné d'une intervention qui ne pouvait être vouée qu'à un échec. Nous n'insisterons pas car le temps n'est plus où la ventriculographie avait besoin d'être défendue.

La trépanation du corps calleux comme opération palliative dans les tumeurs de la base du cerveau

par MM. L. Bériel et A. Ricard (Lyon)

Les tumeurs de la base du cerveau posent un problème diagnostic très difficile à résoudre, et un problème thérapeutique plus difficile encore, dont la solution, à dire vrai, est encore à trouver.

Par tumeurs de la base du cerveau, nous entendons : les tumeurs du IIIe ventricule, les tumeurs supra-sellaires proprement dites, celles des tubercules mamillaires, et celles de la glande pinéale, et, en général, toutes les tumeurs ayant leur point de départ dans les formations anatomiques de cette région.

Dans ces cas, « la question n'est pas seulement d'être sûr qu'il existe une tumeur, mais aussi bien et plus souvent d'être sûr qu'il n'en existe pas ». Ce qu'écrivait, à propos des tumeurs du IIIe ventricule, Cl. Vincent, dans son rapport de 1933 sur la ventriculographie, est vrai aussi, et pour les mêmes raisons, des autres tumeurs de la base, telles que nous les avons précisées.

L'expérience apprend, en effet, que, la plupart du temps, ces tumeurs se manifestent essentiellement par des signes d'hypertension intracranienne, d'hydrocéphalie par oblitération de l'aqueduc de Sylvius. C'est le symptôme de base, qui ne manque guère, mais qui est même quelquefois le seul, à l'exclusion de signes de localisation.

On aurait pu croire que, grâce à la ventriculographie, les doutes allaient s'effacer et le diagnostic se préciser par la lecture des clichés : anomalie de forme ou de dimension, absence totale ou partielle du IIIe ventricule, dilatation, déformation, injection partielle ou inégale des ventricules latéraux. Or, s'il est hors de doute que cette épreuve devient un élément capital dans le diagnostic, et qu'elle peut donner des rensei-

gnements de premier ordre, il est malheureusement trop sûr aussi qu'elle ne suffit pas toujours à affirmer l'existence et la localisation d'une tumeur.

Si l'injection régulière d'une cavité ventriculaire avec sa forme, ses dimensions, ses recessus, permet d'être sûr qu'il n'y a pas de tumeur, ni du ventricule, ni de la région hypophysaire, ni de la région épiphysaire, on ne peut avoir la certitude qu'il y en a une quand on ne voit pas le ventricule injecté.

D'autre part, il y a encore trop de malades chez lesquels il est dangereux de pratiquer une ventriculographie : leur état est tel que la moindre manœuvre rompant l'équilibre tensionnel risque d'être fatale. C'est dans les tumeurs de la base plus qu'ailleurs que l'on rencontre encore trop de ces malades près de la période terminale. L'évolution se fait très souvent de façon trompeuse : longues périodes où le porteur accuse seulement des céphalées qu'il soigne lui-même sans recourir au médecin ; périodes de rémission fréquentes pendant lesquelles non seulement le mal ne progresse plus, mais semble même s'améliorer ; et c'est tardivement qu'apparaissent les signes de déséquilibre, obligeant à l'examen neurologique, qui révèle la gravité et l'intensité de l'hypertension.

*
**

Il est facile de concevoir que le traitement chirurgical ne peut être appliqué là comme ailleurs. La base du cerveau est bien la région la moins accessible, et la plus « vitale » en même temps. On soupçonne donc déjà que, d'une part, les opérations d'exérèse ne peuvent être envisagées comme elles le sont au niveau des hémisphères ou de la fosse postérieure ; que, d'autre part, les interventions palliatives de libération ou de décompression ne pourront pas non plus avoir leur plein effet, puisque il est impossible de les faire en regard ou à proximité de la région malade.

Le traitement radical — l'ablation de la tumeur — qui doit toujours être le but que se propose le neuro-chirurgien trouve, à la base du cerveau, des difficultés pour ainsi dire insurmontables. Il se heurte à notre ignorance du meilleur chemin à suivre, à notre impuissance actuelle à surmonter certains obstacles, à notre méconnaissance du geste à faire ou à ne pas faire, à l'interdiction qui nous est faite encore de traverser, ou

d'écarter, ou de traumatiser en quoi que ce soit certaines régions, certains organes. Disons-le franchement : nous ne savons pas enlever ces tumeurs. La neuro-chirurgie est là bien loin du rêve de Cushing et de la perfection vers laquelle elle tend.

Quelle que soit la voie d'abord choisie :

sous-frontale, où l'on est barré par la tige hypophysaire et le carrefour vasculaire antérieur ;

sub-occipitale, où la tente du cervelet, les tubercules quadrijumeaux, l'aqueduc de Sylvius sont autant d'obstacles ;

trans-calleuse, dont la profondeur est dangereuse, et le sont aussi les contusions inévitables d'un hémisphère tendu ;

transventriculaires enfin, qui a donné de rares succès, malgré sa difficulté ;

le problème ne sera pas encore résolu. Il resterait à pratiquer l'ablation de la tumeur, et s'il s'agit du IIIe ventricule ou de la région supra-sellaire, l'exploration chirurgicale de cette cavité distendue par la tumeur nous est encore pratiquement défendue.

*
**

Force nous est donc, en règle générale, de nous retourner vers une opération palliative. Mais celle-ci ne saurait agir si elle est conçue dans la forme habituelle des trépanations décompressives, même avec large ouverture de la dure-mère. L'intervention ne peut être ni libératrice, en regard d'un gliome que l'on voudrait voir s'extérioriser en partie par la brèche, ni même vraiment décompressive, la tumeur siégeant trop loin de la trappe osseuse, l'aqueduc de Sylvius et les trous de Monro ne pouvant être débloqués.

Que la trépanation porte sur la fosse cérébelleuse — comme auraient pu l'indiquer quelques signes, vrais ou faux, de localisation — elle agira peu, ne libérant que la région bulbo-protubérantielle, et non la région sellaire. D'autre part, chez des malades instables, elle serait trop grave parce que longue et traumatisante, plus pénible à supporter aussi dans la position qu'il est nécessaire d'imposer à l'opéré.

Qu'elle porte sur la région pariétale (ou fronto-pariétale, ou temporo-pariétale, ce ne sont que des variantes) même s'il s'agit d'une hémicraniectomie, elle n'agira guère mieux et sera toujours insuffisante puisqu'elle ne débloquera pas la région de la base.

*
**

Etant donné que ce qui domine la scène, c'est l'hypertension avec dilatation des ventricules latéraux, nous croyons que l'on peut utiliser une intervention de type tout différent puisqu'elle agit directement sur ce phénomène : c'est la *trépanation du corps calleux,* étant bien entendu qu'elle n'a aucune prétention radicale, mais simplement palliative.

Imaginée par Anton, et réalisée par von Braman sur ses indications en 1908, la trépanation du corps calleux fut, en Allemagne, utilisée assez souvent. Nous avons essayé de l'acclimater en France où on ne l'a que rarement pratiquée. Elle peut certainement, dans les cas qui nous intéressent, rendre de grands services puisque son but est de *réaliser à travers le corps calleux une communication durable entre les ventricules et les espaces sous-arachnoïdiens.* Nous l'envisagerons seulement en tant qu'application au cas particulier des tumeurs de la base du cerveau, du principe général du drainage ventriculaire : traitement symptomatique des hypertensions ventriculaires.

Il existe, on le sait, un véritable courant, des ventricules où s'élabore le liquide céphalo-rachidien, vers les espaces sous-arachnoïdiens où il est en grande partie résorbé.

Les voies d'évacuation normales sont : les trous de Monro, l'aqueduc de Sylvius, le 4e ventricule, les trous de Magendie et de Luschka. Les trous de Monro, l'aqueduc de Sylvius, fermés par la présence d'une tumeur basale, les ventricules latéraux s'isolent et se distendent sous l'apport constant de la sécrétion des plexus choroïdes. De là, l'hydrocéphalie progressive et l'hypertension.

On pourrait évidemment lutter contre cette hypertension par des ponctions répétées des ventricules. Mais, ceci ne saurait avoir qu'un résultat très passager, la distension se reproduit extrêmement vite. Si bien que la trépano-ponction, sans vouloir même tenir compte des dangers qu'elle présenterait du fait de cette répétition fréquente, ne saurait se hausser à la valeur d'une intervention utile, à action palliative vraie.

Or, la trépanation du corps calleux a cette prétention.

Il s'agit, en effet, non seulement de l'évacuation d'un liquide trop abondant, mais surtout de la création d'une voie de communication entre le lieu de production et les champs de résorption du liquide céphalo-rachidien, communication que l'on espère devoir être permanente.

Le corps calleux, grande commissure blanche, tendue trans-

versalement entre les deux hémisphères, s'allonge sur 8 cm. environ le long de la ligne médiane, à 3 ou 4 cm. plus bas que le bord supérieur des hémisphères. La faux du cerveau, sur la ligne médiane, est pratiquement à son contact. De chaque côté d'elle, la face interne des hémisphères avec leurs enveloppes, donc l'espace sous-arachnoïdien. Au-dessous du corps calleux, immédiatement, les ventricules latéraux séparés simplement en avant par le *septum lucidum,* et s'écartant l'un de l'autre en arrière : leur toit, c'est le corps calleux. Un orifice créé dans ce toit mettra donc en communication directe et par le plus court chemin, ventricule et espace sous-arachnoïdien : c'est exactement ce que veut réaliser et réalise la trépanation du corps calleux.

Reste la question de la pérennité de cette communication. De fait, elle est bien permanente. Le corps calleux, avasculaire, ne répare pas la brèche qu'on y a faite. Nous avons pu, personnellement, vérifier cette permanence du drainage et constater la persistance de l'orifice transcalleux sur un cerveau prélevé quelque temps après l'intervention. D'autres vérifications ont été faites après plusieurs mois avec les mêmes constatations (8 mois). « On peut admettre comme certain que toutes les fois qu'il a été fait avec raison il réalise une cicatrice filtrante qui fonctionne ; il ne se ferme pas » (Desgouttes et Denis).

La trépanation du corps calleux est une opération simple. Nous la pratiquons suivant une technique un peu différente de celle de von Braman, et avec les modifications qu'y a apportées M. Desgouttes. On pourra en trouver le détail, ainsi qu'une étude générale sur la valeur de l'intervention, dans la thèse qu'il a inspirée à Crontiris, et dans un travail publié en collaboration avec Denis, dans le *Journal de Chirurgie.*

Tenant compte du fait que c'est dans la partie antérieure du corps calleux que les ventricules latéraux sont le plus près de la ligne médiane, et aussi que plus l'on se porte en avant, plus on s'éloigne de la zone motrice, on fera porter la trépanation en avant de la ligne bi-auriculaire. Anesthésie locale, et taille d'un lambeau à pédicule postérieur ; trépanation médiane, pour découvrir le sinus longitudinal. A la fraise électrique, on force un orifice de chaque côté de la suture sagittale, à 2 cm. de celle-ci, de façon à ne pas risquer de blesser le sinus ou ses émissaires. A la pince-gouge, agrandissant ces orifices (jusqu'à emporter l'os sur 7 ou 8 cm. de diamètre) on les

réunit de façon à dégager complètement le sinus et à passer le plus près possible de lui. Il s'agit aussi d'une mesure de prudence : si l'on blesse le vaisseau, l'hémostase sera possible par forcipressure et ligature. C'était un inconvénient de la technique primitive que de ne pas voir le sinus, la trépanation restant latérale. Il pouvait plus facilement être lésé ; les manœuvres se faisaient un peu à l'aveuglette, et, en cas d'hémorragies, on se trouvait en face d'une situation extrêmement difficile.

Le plus près possible du sinus, dans une zone avasculaire, incision longitudinale de la dure-mère, aussi longue que possible. On introduit alors, en la faisant descendre le long de la faux du cerveau, une sonde en gomme que l'on pousse jusqu'à sentir la résistance du corps calleux. On est à ce moment à 5 cm. environ de profondeur (on aurait pu marquer ce repère sur la sonde). On appuie un peu : le liquide jaillit par la sonde. On a effondré le corps calleux et passé dans le ventricule latéral. Nous utilisons pour cette manœuvre une sonde en gomme, de calibre 16 environ, et nous l'armons généralement d'un stylet qui lui conserve sa rigidité sans obturer sa lumière et permet l'écoulement du liquide. Après issue de quelques cc. on retire la sonde. On pourrait suturer la dure-mère ; généralement on ne le fait pas à cause de la tension cérébrale qui crée une légère hernie. On referme sans draînage les plans superficiels : l'opération est terminée.

Elle a donc été très simple. Mais, dans les cas de tumeurs de la base du cerveau, il y a habituellement une hypertension considérable et les choses se passent un peu moins facilement.

L'incision même est beaucoup plus difficile à placer qu'on ne pourrait le croire, à cause de la dilatation veineuse qui multiplie les vaisseaux et laisse peu de place entre eux. Puis, dès l'incision faite, le cerveau fait hernie et s'étrangle au travers de la boutonnière méningée. Quoique introduite avec douceur, et presque verticalement, la sonde blesse forcément un peu ce cerveau. Il faut pourtant tout faire pour ne pas malmener la substance nerveuse, et n'y pas créer hémorragie et foyer de ramollissement. Il est donc nécessaire de s'armer de patience, d'agir avec la plus grande douceur, d'agrandir au maximum la brèche, de décliner légèrement et progressivement le cerveau.

C'est là un second avantage de la technique que nous préconisons, incision plus proche de la faux du cerveau, donc

moins de difficultés à entrer dans l'espace inter-hémisphérique. Incision antérieure pour être plus loin de la zone motrice et diminuer les risques de troubles moteurs consécutifs à la lésion cérébrale possible.

Ajoutons que, dans les cas de grosse hypertension, on se trouvera bien d'une ponction ventriculaire préalable qui, affaissant un peu le cerveau, rendra les manœuvres moins traumatisantes, et pourra même, dans certains cas, permettre une opération qui paraissait irréalisable.

De toutes façons, la trépanation du corps calleux n'est pas une intervention plus grave ni plus shockante qu'une décompressive avec ouverture de la dure-mère. Ce que nous avons dit au début, des tumeurs de la base du cerveau, et du peu que l'on a à attendre des interventions palliatives habituelles, nous incite à y avoir recours, car on peut et on doit en attendre beaucoup plus.

Un cas de tumeur du IIIe ventricule

par M. le Dr Sim. Vlavianos (d'Athènes)

Nous avons eu l'occasion, il y a un an, d'examiner un jardinier de Crête, âgé de 35 ans, dont le cas nous paraît présenter sur plusieurs points, un intérêt particulier.

Le malade en question se plaignait déjà, depuis 1929, soit depuis 4 ans, avant de se présenter à nous, d'intenses maux de tête périodiques, qu'il localisait surtout à la région oculaire et depuis un an des troubles de la marche qui, disait-il, faisaient parfois fléchir ses genoux.

Quelque temps avant qu'il se présente à nous, sa femme avait remarqué une altération de l'expression de son visage, et aussi qu'il lui arrivait parfois de tomber brusquement en sommeil pendant la journée. Il se réveillait d'ailleurs aussi brusquement, sans rêves et comme s'il n'était rien arrivé. La puissance virile depuis 1932 avait disparue. En outre, il avait perdu les poils des aisselles et ses sourcils. Deux jours avant que nous l'examinions pour la première fois (le 15 avril 1933), il a eu brusquement, en tournant dans son lit, une crise épileptoïde avec perte de connaissance totale de courte durée. Pendant cette crise, on n'a pas remarqué de spasmes, ni de troubles de la respiration. A l'examen, nous avons observé une augmentation de la sensibilité à la percussion du front, une forte augmentation de la sensibilité à la pression de la région iniaque, une immobilité absolue des pupilles à la lumière et à l'accommodation, un léger nystagmus horizontal. Pas de paralysie du côté des muscles oculaires, ni de spasmes oculaires quelconques. Œdème de la papille aux deux yeux (de 3 dioptries) avec tendance à l'atrophie des nerfs optiques. Champ visuel normal. La langue se tend physiologiquement. L'odorat, le goût, la déglutition, la parole sont normaux. Marche incertaine, avec inclinaison à gauche (Romberg). Tendance à la chute à gauche. On remarque de l'inflexibilité à tout le corps. Réflexes des membres inférieurs et de la paroi abdominale normaux. Signe périodique de Babinski et Oppenheim à droite. Mouvements incertains à gauche, surtout pour porter

le pouce sur le nez et le talon du pied gauche sur la rotule. Tremblement aux deux mains, plus accentué à la main gauche. Impossibilité pour la main gauche de retrouver, les yeux fermés, la position que nous avons donnée à la main droite.

Diminution du tonus du membre supérieur gauche. Dysdiadococinésie cérébelleuse, asynergie, et réflexe d'appui (Stützréaction).

En le faisant tendre en avant les deux bras avec les yeux fermés, nous avons remarqué une tendance à l'élévation de la main gauche.

Pendant l'examen du phénomène de l'imitation, nous avons remarqué, en faisant fléchir le genou, une tension excessive du pied gauche.

L'examen radioscopique a montré les impressions cérébrales plus intenses dans toute la cavité cranienne. La selle turcique a montré une grande excavation, tandis que sa base et le mur postérieur étaient détruits.

Les ailes de l'os sphénoïde, de deux côtés, n'étaient pas bien dessinées. Les pyramides et les méats acoustiques internes étaient physiologiques. La réaction de Wassermann du sang a été négative.

Avant que nous ayons pu appliquer une ventriculographie ainsi que d'autres examens, le malade est mort d'une pneumonie intercurrente, sans aucun raport avec son affection cérébrale.

Il s'agit d'un cas à symptomatologie complexe. Nous avons cependant eu l'impression, dès le début, qu'il s'agissait d'une affection du troisième ventricule. Mais il n'était pas si facile de se prononcer s'il s'agissait d'une méningite séreuse, comme celle décrite par Quincke, ou s'il s'agissait d'une tumeur située dans le ventricule ou au-dessus de la selle turcique ou à la partie postérieure du troisième ventricule. En faveur d'une tumeur siégeant au-dessus de la selle turcique plaidaient les résultats de l'examen radiologique, l'impuissance et la chute des poils. La crise avec perte de connaissance et avec trouvailles négatives, plaidait en faveur d'une tumeur siégeant à la partie antérieure du troisième ventricule. Les symptômes cérébelleux, l'inflexibilité du corps accompagnée de faiblesse des membres, l'immobilité des pupilles à la lumière et à l'accommodation, l'impossibilité de la main gauche de retrouver la position de la main droite et aussi la tendance au sommeil, plaidaient en faveur d'une tumeur

siégeant à la partie postérieure du troisième ventricule, avec participation du cervelet et des tubercules quadri-jumeaux (le syndrome de Parinaud n'a pas été observé). Ces symptômes localisés, comme nous venons de voir, sur divers points (si bien entendu nous ne voulons pas admettre une très volumineuse tumeur ou deux), ne pourraient être interprétés que par l'existence d'une tumeur située au milieu de tous les points que nous venons d'énumérer. C'est ainsi que nous avons été amenés à admettre qu'il s'agissait d'une grosse hydrocéphalie, qui a été occasionnée soit par une tumeur intraventriculaire ou par un état inflammatoire et par l'exclusion sur ce point de la circulation du liquide céphalo-rachidien. La pression de la cavité dilatée du troisième ventricule et des ventricules latéraux expliquait non seulement les faits contradictoires que nous venons de voir, mais aussi les symptômes pyramidaux périodiques, dûs à la pression des pédoncules cérébraux.

Nous avons interprété le tremblement comme un symptôme de voisinage provenant du cervelet ou du noyau rouge. La flexion brusque des genoux, nous l'avons attribuée à un trouble des centres primitifs du mésocéphale.

L'autopsie (G. Vlavianos) a confirmé notre diagnostic. Elle nous a, en effet, révélé un papillome du plexus choroïde du troisième ventricule avec grosse dilatation de celui-ci et des ventricules latéraux, l'aqueduc de Silvius ayant subi une grosse pression par la tumeur.

M. le Professeur Barré (Strasbourg). — Au cours de l'exposé que vient de nous faire M. Vlavianos, j'ai été particulièrement frappé par un fait, tout petit en apparence et que le présentateur a consigné parmi tant d'autres de sa riche observation sans le souligner spécialement. Dans l'épreuve des bras tendus, l'un des bras s'élevait.

Pour qui a la pratique de cette précieuse épreuve des bras tendus, où l'on peut lire tant de choses, l'ascension d'un bras ou des deux bras est chose rare ; quand elle se répète à de multiples reprises, la tête étant libre ou fixée, ce fait me paraît mériter de fixer l'attention. Pour ma part, je l'ai rencontré depuis 4 ans un petit nombre de fois et toujours (jusqu'à maintenant au moins) dans des affections du mésocéphale, se manifestant, par ailleurs, par des troubles vestibulaires connus (nystagmus, troubles de l'équilibre, etc.). J'ai donc tendance

à considérer cette ascension du bras comme ayant une réelle valeur, comme un signe, propre peut-être à diriger l'attention vers le mésocéphale. Je rapproche ce signe du mystagmus vertical dont la valeur localisatrice est très grande, comme on le sait. Ce soir, je reviendrai sur ce signe de l'ascension du bras à l'occasion d'une observation typique de tumeur du IIIe ventricule comprenant la partie antérieure des pédoncules cérébraux.

M. Cossa (Nice). — M. Vlavianos nous a dit que son malade était mort d'une pneumonie « sans relations avec sa tumeur ». Je ne crois pas qu'il en soit ainsi : on n'a pas une tumeur intéressant les parois du IIIe ventricule, donc les centres végétatifs supérieurs, sans voir diminuer la résistance aux infections.

Volumineux gliome paraventriculaire médian à symptomatologie initiale infundibulo-tubérienne

par MM. H. Roger, Y. Poursines, J. Alliez et J.-E. Paillas

Laf... Laurent, 27 ans, sans antécédents dignes d'être notés, fait remonter le début de ses troubles au mois d'août 1931, alors qu'il venait d'être opéré d'une appendicite sur laquelle il n'a pu nous fournir de renseignements précis.

Il se plaint de céphalées fronto-temporales gauches, d'abord intermittentes, puis, au bout de quelques mois, à type continu, au cours desquelles surviennent parfois une diplopie intermittente verticale et quelques troubles visuels.

Il a, à trois reprises, un vertige avec entraînement en avant, dont un seul en août 1932, avec chute et perte de connaissance de trois quart d'heure de durée.

Il signale également des crises de narcolepsie qui débutent brusquement, durent 10 minutes à 1/4 d'heure et surviennent soit dans la station assise, soit dans la position couchée.

Il ne présente pas d'autres troubles du sommeil.

Quelques bourdonnements d'oreilles intermittents complètent le tableau clinique.

Lorsque le malade entre à la clinique neurologique, le 18 octobre 1932, nous constatons une hypoesthésie du Ve gauche, une paralysie du VIe gauche avec strabisme interne, une douleur exquise à la percussion pariéto-temporale gauche, une stase papillaire bilatérale considérable avec acuité et champ visuel normaux. Mauvais état général, coïncidant avec une diminution des céphalées. Aucun autre signe moteur ou sensitif du côté de la face, ni des membres. A signaler une hypertension du liquide céphalo-rachidien à 80, sans hypercytose ni albuminose. Une glycosurie discrète à 2 grammes, transitoire. Urée : 0 gr. 35, Bordet-Wassermann du sang et du liquide céphalo-rachidien négatifs.

Trois semaines après nous notons, en outre, une légère diminution de l'odorat et un très léger déficit pyramidal droit inconstant.

La radiographie montre, et un agrandissement et une destruction de la selle turcique, portant surtout sur les clinoïdes postérieures. Les ventriculographies montrent une dilatation de la corne occipitale gauche avec disparition de la corne frontale du ventricule gauche.

A noter l'influence curieuse des ventriculographies. Une première ventriculographie droite avait accentué les troubles de la vue et fait apparaître le strabisme gauche et l'hypoesthésie gauche, symptômes qui rétrocèdent quelques jours après, consécutivement à la ventriculographie gauche, pour réapparaître ensuite. Le liquide ventriculaire présente une cytose et une albuminose normales.

Dans le service, Laf.. présente d'une part des crises de somnolence et, d'autre part, une dizaine de crises d'épilepsie, la première ayant débuté fin novembre, la plupart groupées deux par deux à un ou deux mois d'intervalle. Certaines de ces crises débutent par une attaque de somnolence. Elles n'ont pas de caractère jacksonien et s'accompagnent parfois d'une poussée thermique à 39°, une seule fois à 41°,5 avec pouls à 120.

Après avoir gardé ce malade longtemps en observation, on décide d'intervenir en avril malgré l'absence de signes de localisation plus précis qu'au début, et quoique la stase papillaire n'ait pas augmenté, que la vision n'ait pas diminué et que la tension du liquide céphalo-rachidien ait plutôt baissé à 48 et même 30.

L'opération (Dr M. Arnaud), montre après ablation d'un large volet fronto-pariéto-temporal gauche, très vascularisé, un hyperémie considérable de la pie-mère avec véritable tête de méduse au niveau de la région sylvienne et augmentation de volume de la veine anastomotique de Trolard. La base des circonvolutions fronto-pariétales est œdémateuse, jaunâtre. Le fond de la scissure est occupé par une masse tumorale considérable dont on aperçoit une faible partie et on ne peut prélever que quelques fragments. L'opération, d'une durée de 4 heures 1/2, est suivie d'une narcolepsie profonde avec ascension à 40°8, et décès quelques heures après.

A l'autopsie, le cerveau n'est pas apparemment augmenté de volume. Ses deux hémisphères sont symétriques. Le tuber bombe et le chiasma est en partie refoulé vers la droite, de même que la bandelette optique. On pratique une coupe vertico-frontale passant par les tubercules maxillaires. On aperçoit une tumeur volumineuse de la grosseur d'un œuf de poule qui s'est développé à l'intérieur de l'hémisphère gauche et refoule la tumeur, va en avant depuis le pôle frontal jusqu'en arrière au niveau de la partie droite du trigone.

Développée surtout dans la région de la capsule interne, elle envahit le pôle inférieur de la couche optique qui est refoulée en dehors et comprime le ventricule moyen, complètement déjeté vers la droite et réduit à une fente linéaire. La partie postérieure des ventricules est dilatée.

L'aspect de la tumeur est celui d'un gliome infiltré. Au point

de vue histologique, il s'agit d'un astrocytome fibrillaire caractéristique, constitué par des éléments gliaux de taille variable au milieu d'un feutrage névroglique d'abondance moyenne, circonscrivant des lacunes de désintégration. L'épendyme ventriculaire est simplement refoulé par le processus tumoral et ne participe pas à la prolifération.

En résumé, un homme âgé de 27 ans présente un syndrome d'hypertension cranienne avec stase papillaire, hypertension du liquide céphalo-rachidien chez lequel le tableau clinique se résume au début à des crises de narcolepsie transitoire. Ce n'est que plus tard qu'apparaissent une paralysie du VI[e] gauche, une hypoesthésie du V[e] gauche et un très léger déficit pyramidal droit inconstant. Devant la persistance des troubles, on décide d'intervenir. L'opération montre une tumeur inaccessible à la chirurgie.

A l'autopsie, on trouve un gliome de type astrocytaire, occupant la partie antérieure et moyenne de l'hémisphère gauche, refoulant le ventricule moyen et le déplaçant vers la droite. Cette constatation nous explique le syndrome infundibulo-tubérien qui a caractérisé le début des symptômes : narcolepsie et glycosurie.

Il est toutefois étonnant de voir une tumeur aussi volumineuse siégeant au niveau de la capsule interne, ne s'accompagner que d'une symptomatologie pyramidale des plus frustes. Ces faits, quoique bien connus, impressionnent cependant toujours le neurologiste, habitué à observer des désordres intenses pour des petites lésions de la même région, quand celles-ci sont d'ordre vasculaire et non tumoral.

Une mention particulière doit être réservée aux crises d'épilepsie survenues d'une façon tardive, dont certaines s'accompagnaient d'une hyperthermie s'élevant même parfois jusqu'à 41°5. Cette hyperthermie s'explique par le siège de la lésion paraventriculaire, retentissant certainement sur les centres thermo-régulateurs de la base. Ces cas rentrent dans les faits d'épilepsie sous-corticale par lésions de la base dont l'un de nous a eu personnellement l'occasion d'observer divers exemples.

Des tumeurs du III[e] ventricule (épithélioma pharyngo-hypophysaire kystique)

par MM. Riser, E. Tamalet, L. Tamalet (Toulouse)

---

a) N..., 20 ans, est admis d'urgence à l'hôpital militaire de Toulouse, en février 1932, en pleine torpeur, apyrétique, le pouls à 50, en contracture généralisée. La ponction lombaire montre un liquide très hypertendu, normal.

Quelque temps après, amélioration évidente qui permet interrogatoire et examen.

La maladie remonte à 4 mois. Elle a débuté par une « syncope subite », suivie de vertiges, de ralentissement du pouls et d'une obnubilation marquée. Ce syndrome fut amélioré par une ponction lombaire (liquide normal). Température 37, 37°5.

L'examen actuel, en février 1932, montre une adiposité générale, une peau blanche et fine, un système pileux très peu développé, avec atrophie de la verge et des testicules, sans polyurie ni polydipsie, ni troubles du sommeil.

Les extrémités ne sont ni agrandies, ni épaisses. Il n'y a aucun stigmate morphologique d'acromégalie : il existe une glycosurie de 1 gr. 57. Pas d'attitude spéciale de la tête. La radiographie du crâne ne décèle aucune anomalie. Les grandes fonctions motrices de la coordination, du tonus, de la sensibilité sont peu troublées. Les réflexes sont vifs. Cependant, on doit signaler une légère diminution de la force segmentaire à gauche, avec légère atonie, et la marche, les yeux fermés, est un peu festonnée. Le sujet est un peu obnubilé. La mémoire d'évocation est nettement affaiblie ; cependant, on ne saurait parler d'état démentiel. Il n'y a pas d'hallucinations, ni d'idées délirantes.

L'examen oculaire montre des pupilles égales et normales, nystagmus dans le sens horizontal. V = 10/10, avec stase au début.

Pas d'élément cardio-rénal. T. A. 12/7. Azotémie 0,25 ; pas d'albumine. Température 37°2, 37°8. Pouls 50 environ.

Le diagnostic de tumeur de la région infundibulo-hypophysaire ne paraît pas douteux, s'accompagnant de blocage paroxystique des voies d'écoulement du liquide céphalo-rachidien.

b) Le 4 mars, le malade présente brusquement plusieurs de ces crises d'hypertension : obnubilation vive, vomissements en fusée,

pouls à 38°, membres raidis en hyperextension, tout cela pendant une dizaine de minutes, à quelques heures d'intervalle. L'obnubilation augmente en fin de journée. Il existe un Babinski bilatéral. A ce moment, la pression rachidienne est de 50 en position couchée ; elle tombe à 30 après soustraction de 10 cc. de liquide — qui est normal, — et le pouls passe de 38 à 60.

Le 5 mars, le malade est bien, son pouls bat à 104.

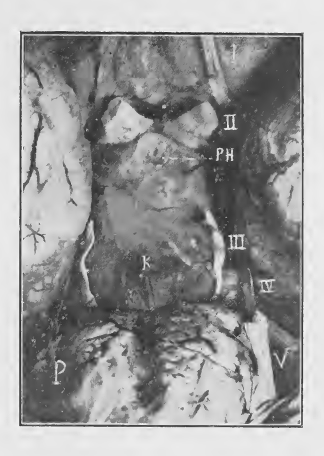


Fig. 1. — Base du cerveau après fixation au formol. Ce n'est pas le III[e] ventricule, très dilaté, que l'on voit saillir entre les 2 troisièmes paires, mais le kyste, qui a pris la place de la cavité ventriculaire. P.H. = pédicule hypophysaire ; P = protubérance ; I, II, III, IV, V = 5 premiers nerfs craniens.

Dans les jours suivants il peut partir en convalescence.

Il est ramené le 12 juin pour les mêmes accidents ; il y a de la stase papillaire.

Le 15 juin, grande crise subite d'hypertension : tension au Claude, 80 en position couchée, elle tombe à 36 après soustraction de 15 cc. de liquide, mais cette fois l'obnubilation et la bradycardie persistent, avec perte de la mémoire. La station debout est impossible.

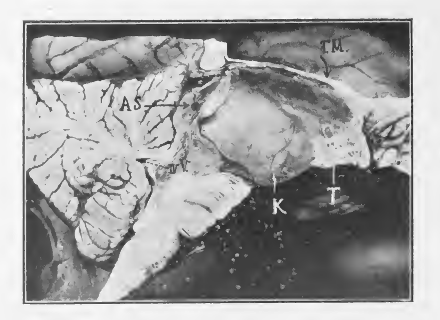


Fig. 2. — Coupe sagittale et médiane. Elle montre bien le kyste énorme (K.) développé aux dépens de la tumeur (T.) et ayant pris la place du IIIe ventricule. T.M. = Trou de Monro oblitéré par le kyste ; A.S. = Acqueduc de Sylvius ; IVe V. = Quatrième ventricule écrasé.

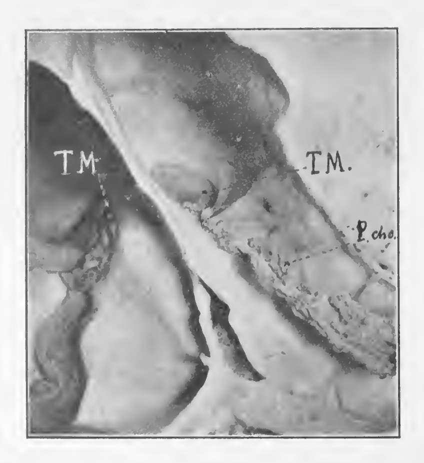


Fig. 3. — Vue des trous de Monro sur coupe horizontale ; (fixation *in situ* de toute la pièce ; le kyste n'a pas été vidé, et il obture d'une façon parfaite les 2 trous de Monro, T.M).

Le 19 juin, en dehors de toute crise hypertensive, la tension rachidienne au Claude est de 25 en position assise.

La mort survient le 27 juin 1932, 9 mois après le début.

⁂

c) *L'autopsie* montre un cerveau volumineux, tendu, aux circonvolutions aplaties.

Au niveau de la base on remarque une apparente distension considérable du 3e ventricule. Les pédoncules sont repoussés symétriquement à droite et à gauche.

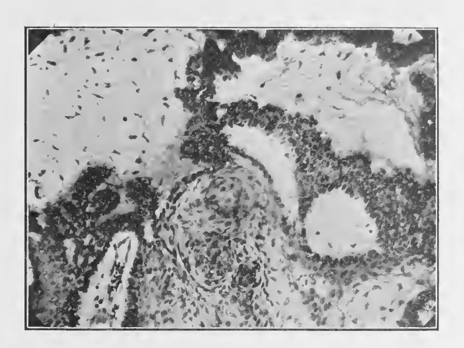


Fig. 4. — Aspect microscopique général à un faible grossissement. Exemple typique de tumeur de la poche de Rathke ; boyaux d'épithélium malpighien, kystes, zones d'évolution adamantinienne.

Le pédicule hypophysaire est particulièrement fragile et grumeleux, blanchâtre. Une coupe horizontale des deux hémisphères après durcissement montre une dilatation importante et symétrique des ventricules latéraux et une obturation des deux trous de Monro par une membrane mince et solide tendue devant eux.

Une coupe sagittale et médiane montre immédiatement la nature de la lésion et du mécanisme obstructif.

La lésion est constituée par un kyste volumineux, gros comme une noix, rempli de liquide jaune d'or, occupant la place entière du 3e ventricule, appendu à l'hypophyse, obstruant les trous de Monro et l'entrée de l'aqueduc sylvien, comprimant épiphyse et tubercules quadrijumeaux.

La poche kystique est tout à fait mince et membraneuse, c'est elle qui a refoulé les pédoncules ; sa *portion supérieure n'adhère que fort peu à la paroi même du 3ᵉ ventricule, et à peu près pas aux rebords des trous de Monro.*

Par contre, cette même poche fait corps avec une petite masse blanche, grumeleuse, solide, de la grosseur d'une petite noisette qui elle-même se prolonge par l'hypophyse modifiée comme il est dit plus haut.

Le liquide qui remplit le kyste est jaune, ne coagule pas spontanément, renferme 10 gr. d'albumine et ne présente pas de cellules.

d) Microscopiquement : la masse tumorale à laquelle est appendu le kyste est constituée par trois parties bien différentes :

Des dérivés endodermiques sous forme d'épithélioma malpighien, certaines portions se présentent comme un épithélioma kystique.

En certains points les kystes sont très nombreux, de 1/3 à 1/4 de millimètre, remplis d'une masse amorphe.

Les parois sont constituées par deux ou trois assises de cellules à aspect cylindrique.

Au milieu des formations précédentes, ou isolées, on distingue des masses polymorphes colorées en rose par le trichrome Masson, constituées par des cellules imbriquées trés dégénérées, ayant l'aspect de globes épidermiques. A signaler également une évolution adamandinoïde et la présence de figures qui rappellent certaines images des tumeurs des glandes salivaires.

Le trés volumineux kyste, générateur des graves désordres dont nous avons parlé est en tous points comparable à ces kystes microscopiques. Il ne s'agit pas d'autre chose que d'un épithélioma pharyngo-hypophysaire kystique, dont un kyste particulièrement important est venu obstruer les voies d'évacuation du liquide ventriculaire par les trous de Monro et le 3ᵉ ventricule.



Le mécanisme physiopathologique du syndrome que nous avons observé est probablement le suivant :

Le dysfonctionnement hypophyso-tubérien (car une dissociation est bien difficile) est responsable du syndrome adiposo-génital.

Les poussées paroxystiques d'hypertension sont d'origine ventriculaire ; leur cause est le blocage du IIIᵉ ventricule, d'abord incomplet, puis qui parait avoir été définitif.

La ponction lombaire agissait évidemment en décomprimant le kyste lui-même ; dans ces conditions, un jet de liquide ventriculaire pouvait être évacué par les trous de Monro et le 4e ventricule, puisque la partie supérieure du kyste n'adhérait, ni au rebord des trous, ni à la paroi même du IIIe et du IVe ventricule.



Au point de vue ventriculographique, il est bien certain que la technique habituelle, par voie ventriculaire, aurait montré le syndrome radiologique typique : distension ventriculaire latérale égale, suppression complète de l'image du IIIe ventricule.

Tumeur du IIIe ventricule à symptomatologie à prédominance psychique

par MM. J. Lhermitte, D. Sengès, P. Boulet et O. Trelles

Les troubles psychiques sont, ainsi qu'y a justement insisté dans son rapport M. Meignant, assez fréquents dans la symptomatologie des tumeurs du troisième ventricule. Beaucoup plus rares sont les tumeurs qui se traduisent presque exclusivement par un tableau psycho-pathologique. De même les tumeurs d'Erdheim s'observent essentiellement dans l'adolescence ou chez l'adulte jeune tandis qu'elles sont exceptionnelles chez le vieillard. Nous croyons donc intéressant de rapporter le cas suivant, où un crânio-pharyngiome détermina chez une femme de 60 ans des troubles mentaux si accusés que l'internement s'imposa d'emblée.

Mme Leur..., giletière, âgée de 60 ans, est placée à Moisselles le 14 février 1933.

Antécédents héréditaires : le père s'est pendu à 80 ans. La mère est morte très âgée également. Cinq frères et sœurs morts jeunes (l'âge et les affections n'ont pu être précisés).

Antécédents personnels : la malade, âgée de 60 ans, a été d'abord giletière, puis employée aux « Jouets de Paris ».

A l'âge de 5 ans, la malade dit avoir eu une fracture de la colonne vertébrale, fracture qui a laissé de très grosses déformations.

Au mois de novembre 1932 elle présente des troubles oculaires, de la céphalée, de la somnolence. Ses amis racontent qu'elle « déraisonnait ». Au début de janvier 1933, on l'amène consulter à Tenon pour ses troubles oculaires.

Elle est admise dans le service du Docteur Léchelle. Ce dernier la passe à Ste-Anne, le 24 janvier 1933, avec le certificat suivant :

« Présente des troubles mentaux : affaiblissement psychique global avec désorientation dans le temps et dans l'espace. Amnésie portant sur les faits récents. Fausses reconnaissances. Désordre des actes. Délire calme. La malade qui croit reconnaître dans la salle d'hôpital des personnes de connaissance, reproche à son entourage de les laisser dans la misère.

« Les divers troubles rendent la malade incapable d'adaptation à la vie sociale. Ils rendent la malade dangereuse pour elle-même et son entourage et nécessitent son placement dans un établissement spécial. »

Le Docteur Simon, à son arrivée à Sainte-Anne, rédige le certificat suivant :

« Est atteinte d'affaiblissement des facultés mentales et notamment de la mémoire. Incapacité de se diriger. Quelques tendances

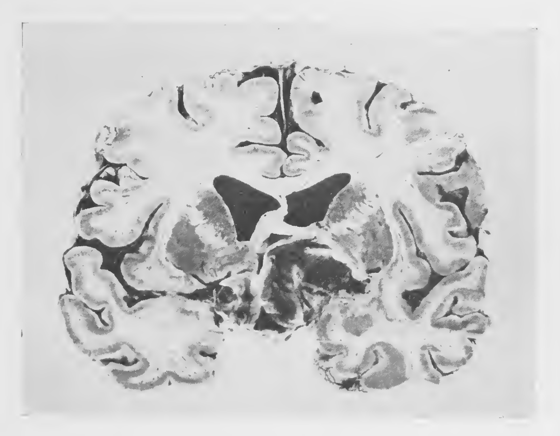


Fig. 1. — Coupe vertico-frontale passant par la commissure blanche antérieure. Légende dans le texte.

mélancoliques. Fracture de la colonne vertébrale vers 5 ans. »

Un certificat de quinzaine confirme ce diagnostic. La malade est transférée à l'asile le Moisselles le 14 février 1933.

L'examen pratiqué à ce moment montre un affaiblissement intellectuel avec gros troubles de la mémoire et de l'orientation. Indifférence. Gâtisme.

On constate une inégalité pupillaire avec abolition du réflexe photo-moteur, une parésie des releveurs des paupières, de la somnolence.

Les réflexes tendineux sont normaux.

Dans le sang : Bordet-Wassermann négatif, réaction de Meinicke également négative.

La ponction lombaire ne peut être faite par suite de la malformation vertébrale.

On pense à une paralysie générale tardive.

La malade reste dans cet état jusqu'au début de juin.

A cette époque, on trouve la malade très améliorée. Elle est présente, lucide, raconte son histoire de façon précise et cohérente. Aucun signe d'affaiblissement intellectuel, aucune idée délirante pouvant faire penser à l'existence d'une paralysie générale. On note cependant une amnésie complète portant sur les faits qui se

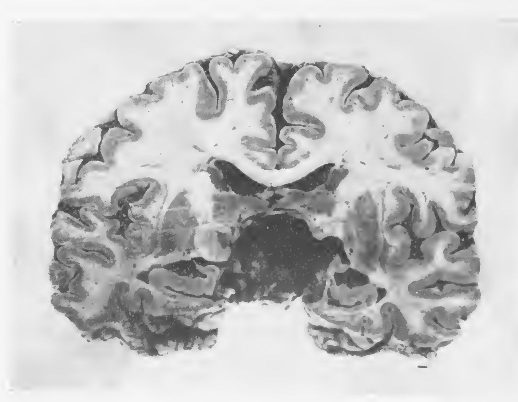


Fig. 2. — Coupe passant par la Commissure grise. Description dans le texte.

sont déroulés depuis son admission à Tenon jusqu'au début de juin.

Le diagnostic de l'épisode semble être celui d'un état confusionnel de nature indéterminée avec des troubles oculaires qui n'ont pas encore été précisés (surtout baisse de l'acuité visuelle à droite).

On pense à ce moment à la faire sortir en lui conseillant d'aller dans une consultation d'ophtalmologie dès que sa sortie sera autorisée. Personne ne voulant s'occuper de la malade on décide de la garder.

Une consultation d'ophtalmologie étant organisée à l'asile, la malade est examinée par l'ophtalmologiste (Dr Bégué), le 28 août 1933. Ce dernier note : anisocorie, OD plus petit. Signe d'Argyll-Robertson.

A l'*œil droit :* atrophie optique avec papille blanche, peut-être un peu surélevée. Champ visuel aboli du côté interne. Du côté externe : les doigts seulement sont perçus.

Œil gauche : papille légèrement décolorée. Champ visuel difficile à préciser. Vision avec + 1,50 = 0,5.

Un mois après, l'examen ophtalmologique est confirmé. Atrophie optique très avancée à droite, en évolution à gauche. Rétrécissement marqué du champ visuel. Probabilité d'un processus syphilitique intracranien.

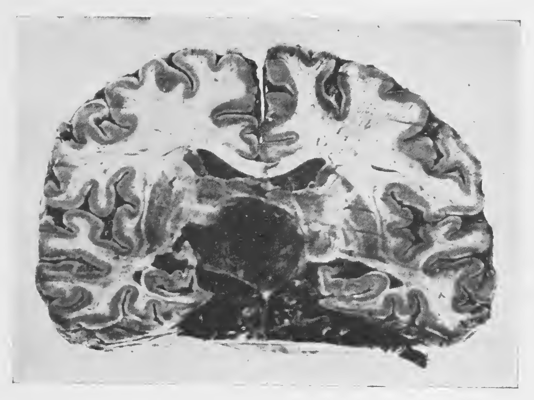


Fig. 3. — Vue postérieure de la coupe passant par la commissure grise. Remarquer le tronc basilaire et les cérébrales postérieures.

Par ailleurs, pendant 5 mois, on n'observe chez la malade aucun trouble grave au point de vue mental. Certains jours, elle a présenté de la céphalée très vague, de l'œdème des membres inférieurs. Ses urines ne montrent ni sucre ni albumine. L'urée dans le sang est de 0 gr. 30.

Le 16 novembre 1933, la malade retombe assez brusquement dans un état semblable à celui présenté lors de son admission, mais elle est suivie de beaucoup plus près et on note une somnolence presque continuelle. La malade, les yeux fermés, est indifférente à tout ce qui se passe autour d'elle.

Cependant, si on lui parle, elle répond immédiatement.

Elle arrive à ouvrir les yeux si on le lui commande.

Elle ne présente pas de paralysie de la musculature extrinsèque de l'œil si ce n'est une parésie des paupières surtout marquée à droite.

Elle a un signe d'Argyll-Robertson bilatéral. Les réflexes sont normaux. Pas de signe de Babinski. Pas de troubles de la motricité ni de la sensibilité. Poumons normaux. Cœur normal. T.A. 14-10. Pouls : 60.

Elle ne présente pas de céphalée, ni de fièvre. On a seulement noté deux vomissements. Les urines, en quantité normale, ne contiennent ni sucre ni albumine.

La malade est soumise à un traitement spécifique : Cyanure et Novarsénobenzol.

Le 29 novembre 1933, l'ophtalmologiste signale : baisse de la vue de l'œil gauche avec décoloration de la papille. Œil droit inchangé. Hémianopsie homonyme latérale gauche. V = mouvements de la main. Fond d'œil : atrophie papillaire. Diagnostic : tumeur rétro-chiasmatique.

L'état de la malade s'aggrave insensiblement.

Le 10 décembre 1933, on constate à gauche un signe de Babinski, une diminution des réflexes rotulien et achiléen. Les réflexes du membre supérieur sont normaux. A droite, on note déjà une ébauche de signe de Babinski.

L'indifférence, la torpeur intellectuelle, la désorientation temporo-spatiale, l'amnésie, la somnolence, la parésie des releveurs des paupières deviennent de plus en plus accentuées. Très souvent, pour ouvrir l'œil droit, la malade s'aide de ses doigts. On note un amaigrissement de 6 kilogs.

Le 12 décembre 1933, on pratique une ponction sous-occipitale. En aspirant à la seringue, on ramène un liquide trouble ; mais les ponctions ultérieures faites peu de jours après, ont ramené un liquide parfaitement limpide. Il est probable que ce premier résultat est dû à une petite hémorragie dans le liquide céphalo-rachidien.

L'examen de ce liquide montre : albumine : 0 gr. 50 ; globulines : réaction de Pandy : positive ; réaction de Weichbrodt : négative.

Leucocytes : 5, nombreux globules rouges.

Réaction du Benjoin : 00000.02222.00000 ; Bordet-Wassermann: négatif ; Meinicke : négatif.

Le 20 décembre 1933, nouvelle ponction sous-occipitale ; on retire un liquide clair à la seringue. Inoculation d'un cobaye.

Le 30 décembre 1933 : ponction sous-occipitale : liquide clair dont l'examen montre : sucre : 0,51 ; albumine : 0,18 ; globulines: réaction de Pandy : négative ; réaction de Weichbrodt : négative ; leuco : 5, quelques globules rouges ; benjoin : 00000.00000.00000 ; élixir parégorique : 0-0 ; Bordet-Wassermann : négatif ; Meinicke : négatif.

Les signes s'accentuent. Elle présente de la dysphagie. La voix est très faible.

Le 5 janvier 1934, apparition de *décubitus acutus.*

Le 9 janvier 1934, la température monte à 39°, oscille entre 38° et 39°.

Mort le 11 janvier 1934 à 5 heures du matin.

Autopsie, après formolage *in situ.*

La face convexe des hémisphères ne présente rien d'anormal si ce n'est un épaississement de la pie-mère avec aspect glacé au niveau du lobe frontal. Lorsqu'on retourne l'encéphale et qu'on le fait reposer sur sa face supérieure, on note la présence d'une tumeur de la taille d'une petite mandarine occupant et distendant l'espace opto-pédonculaire.

La tumeur qui a l'aspect du chou-fleur est adhérente par régions à la paroi ventrale du troisième ventricule. Lorsqu'on la retire, on peut apprécier son lit qui a creusé profondément, par refoulement mais non pas par envahissement, la région infundibulo-tubérienne, comprimant le chiasma et les nerfs optiques en avant, latéralement les noyaux gris centraux, en arrière les pédoncules cérébraux et la partie toute supérieure de la protubérance. Dans sa partie postérieure, la tumeur comprime la troisième paire et les artères cérébrales postérieures. De plus, la tumeur ne s'est pas développée également à droite et à gauche, elle est oblique en arrière et à gauche ; c'est-à-dire qu'en avant, elle est beaucoup plus développée à droite où le chiasma et le nerf optique droit sont très aplatis, presque lamellaires ; tandis qu'en arrière, c'est surtout le pédoncule cérébral gauche qui est refoulé.

Une série de coupes vertico-frontales des hémisphères nous permettra de mieux préciser les dégâts occasionnés par la tumeur.

Une première passant juste en avant de la commissure antérieure (fig. 1), c'est-à-dire par le pôle oral du troisième ventricule, montre celui-ci aplati, de haut en bas, et légèrement refoulé vers la gauche. A gauche, un bourgeon néoplasique comprime légèrement le chiasma, le nerf optique et le pôle du lobe temporal et la cérébrale moyenne, enfin il vient encore refouler les racines de la bandelette et le tubercule olfactifs. A droite, les phénomènes de compression sont plus marqués et intéressent le gyrus rectus, la bandelette et le tubercule olfactifs, l'espace perforé antérieur, la cérébrale moyenne, enfin le chiasma et le nerf optique qui sont lamellaires. Latéralement, elle déplace le pôle temporal. Les effets de la compression se font sentir sur la paroi ventrale du troisième ventricule et sur le corps strié droit qui est fortement refoulé. Notons enfin la dilatation légère des cornes frontales des ventricules latéraux.

La *deuxième coupe* passant au niveau des Trous de Monro, montre l'augmentation de l'excavation tumorale, surtout latéralement, le déplacement très marqué des corps striés, l'aplatissement du *globus pallidus* droit, enfin le refoulement des cornes d'Ammon. A ce niveau, le troisième ventricule est fortement aplati, de haut en bas, sa lumière très réduite, sa paroi ventrale complètement amincie, lamellaire. Les cornes frontales et temporales des ventricules latéraux dilatés, les trous de Monro perméables.

La troisième coupe (fig. 2), un centimètre en arrière de la précédente, passant par la commissure grise, montre la plus grande extension de la tumeur : aplatissement extrême de la paroi ventrale du ventricule médian, des couches optiques et de la commissure grise, le refoulement des corps striés et du bras postérieur de la capsule interne.

Le segment postérieur de cette coupe (fig. 3) permet d'apprécier les limites postérieures de la tumeur qui, refoulant les deux pédoncules cérébraux, va comprimer les tubercules mamillaires, l'espace perforé postérieur, le trou borgne, enfin la moitié droite de la protubérance supérieure. Le pédoncule cérébral gauche est plus lésé que le droit, la partie terminale du tronc basillaire, les cérébrales postérieures et les nerfs de la troisième paire sont comprimés. Le ventricule latéral est ici sensiblement normal.

Les IVe-V^{e} coupes passent en arrière du bourrelet du corps calleux et par le lobe occipital. Elles n'offrent rien à signaler.

Par ailleurs, la protubérance inférieure, le cervelet, le bulbe, la moëlle sont sensiblement normaux. L'aqueduc de Sylvius est perméable et le quatrième ventricule légèrement dilaté. L'hypophyse grosse, paraît macroscopiquement normale.

Examen histologique. — Le bloc compris entre les deuxième et troisième coupes macroscopiques, amputé de la partie située au-dessus de la circonvolution limbique est inclus à la colloïdine.

Les coupes au Loyez montrent que tous les systèmes myéliniques, malgré les phénomènes de compression directe et de stase circulatoire sont conservés. En effet, aussi bien les fibres de la capsule interne que les fibres du corps calleux, de la couronne rayonnante, des corps opto-striés sont normalement colorées. Dans les coupes colorées au Nissl, on met en évidence une vaso-dilatation généralisée, les veines surtout sont distendues, mais il n'y a pas d'hémorragies ni de suffusions sanguines. Les cellules du thalamus et des corps striés présentent des altérations évidentes : diminution de volume, rétraction des dendrites, surcharge pigmentaire, peu de colorabilité du cytoplasma et des corps de Nissl ; elles sont en général entourées d'un plus grand nombre de noyaux névrogliques qu'à l'état normal. Les

vaisseaux de la région sont souvent entourés de cellules névrogliques chargées de produits de désintégration.

La paroi ventrale du troisième ventricule renferme, malgré son aplatissement extrême, quelques cellules. Mais toutes présentent des altérations accusées : chromolyse totale, pâleur, excentration du noyau, rétraction et raréfaction dendritiques. La limite externe de cette paroi est formée par des cellules épithéliales tumorales en trois ou quatre couches superposées.

La tumeur (Hématéine-Eosine ; Mallory) se présente comme formée par un épithélium pavimenteux sans formations cornées : Cellules en palissade autour des axes conjonctivo-vasculaires. Dégénérescence hyaline du tissu conjonctif. En certains endroits: disposition tourbillonnante des cellules avec, au centre, cellules géantes dégénérées avec un seul noyau. Il s'agit donc d'un craniopharingiome typique (tumeur d'Erdheim).

L'hypophyse (Bleu de Toluidine-Eosine-Orange) est en totalité volumineuse : le lobe intermédiaire présente des vésicules colloïdes importantes. *Pars Nervosa :* hyperplasie névroglique avec imbibition œdémateuse. Pas d'hémorragies. *Lobe antérieur :* hyperplasie et hypertrophie des éléments glandulaires. Diminution marquée des éosinophiles. Par contre, grand nombre de cellules chromophobes. Dégénérescence avec gonflement et vacuolisation de certains éléments cellulaires. Quelques rares îlots cellulaires présentent une nécrobiose avec cytolyse et caryolyse. Aucune lésion inflammatoire. Pas d'hémorragies.

En résumé, chez une femme âgée de 60 ans, après une période de somnolence, avec céphalée et troubles oculaires s'installe un tableau de confusion mentale qui en impose pour un état démentiel tant est marqué l'affaiblissement intellectuel. Cet état disparaît brusquement six mois après, ne laissant qu'une amnésie lacunaire. Par contre, les troubles visuels augmentent et réalisent une hémianopsie latérale gauche, puis à la fin presque une cécité. Dix mois après le début, une nouvelle poussée de troubles mentaux avec affaiblissement intellectuel considérable et somnolence presque continuelle. L'examen anatomique révèle l'existence d'un crânio-pharyngiome du troisième ventricule, détruisant par compression tous les éléments du plancher ventriculaire, comprimant fortement le nerf optique et la bandelette olfactive droits, le chiasma ; refoulant latéralement les corps optostriés ; comprimant en arrière les pédoncules cérébraux, les bandelettes optiques et les artères cérébrales postérieures.

En somme, cette tumeur supra-sellaire a déterminé un

ensemble symptomatique à prédominance psychique, si marquée que la malade passa à travers le crible des médecins avertis qui l'examinèrent. Puis dans une deuxième période, alors que la confusion mentale disparaît, seuls évoluent progressivement les troubles visuels et oculo-pupillaires. Enfin, au cours d'une troisième période, les troubles mentaux apparaissent à nouveau et évoluent de pair avec les troubles oculaires permettant de redresser, un peu tard, le diagnostic.

L'évolution par poussées, le tableau symptomatique fruste, où seuls les troubles visuels et la somnolence pouvaient attirer l'attention sur la région, est assez caractéristique des tumeurs d'Erdheim. Ce qui est beaucoup plus rare, exceptionnel croyons-nous, c'est l'âge auquel cette néoplasie s'est développée ; il est, en effet, classique de les considérer comme l'apanage des jeunes. C'est là un point à retenir.

L'ensemble des signes visuels, oculo-pupillaires, oculomoteurs, hypniques, s'explique aisément si l'on tient compte des dimensions de la tumeur ; l'inégale compression qu'elle exerçait sur la région opto-pédonculaire. Il est superflu d'y insister. Deux points nous retiendront davantage : l'absence de signes de la série hypothalamique et les troubles psychiques.

L'absence de troubles végétatifs infundibulo-tubériens, malgré l'intensité lésionnelle, peut paraître paradoxale ; en réalité ce fait n'est pas d'une exceptionnelle rareté dans les tumeurs du troisième ventricule, on l'a souvent signalé, et encore récemment M. André Thomas et l'un de nous apportait un exemple typique à cet égard. Tout se passe comme si les lésions grossières et massives, lentement constituées, permettaient aux suppléances de jouer de façon parfaite ; tandis que les lésions petites, minimes même, entraînent souvent les tableaux cliniques à symptomatologie plus éclatante et variée. L'appareil végétatif cérébral n'obéit assurément pas aux mêmes lois physiopathologiques que l'appareil cérébro-spinal. C'est encore ici un fait à l'appui de la thèse que l'un de nous soutenait récemment (1) : « Lorsque la lésion s'est étendue à tout l'hypothalamus bien souvent aucune manifestation végétative n'apparaît. Chez deux malades, H. Cushing a pu enlever complètement l'infundibulo-tuber sans qu'il en résulte

---

(1) J. Lhermitte. — Rapport au Congrès de Neurologie. Paris, 1934. *In Rev. Neur.*, juin 1934.

aucune conséquence fâcheuse. Aussi Cushing conclut-il comme nous-même, que la destruction complète du sympathique ou para-sympathique cérébraux est moins riche en conséquences que l'altération de ces appareils. »

Les troubles psychiques : désorientation temporo-spatiale absolue, amnésie antérograde et rétrograde, diminution du jugement et de l'auto-critique, les fausses reconnaissances, l'indifférence, l'apathie, l'obtusion, la torpeur formaient un syndrome confusionnel qui pouvait apparaître comme irréversible, et l'association de troubles oculo-pupillaires devait logiquement faire penser à une paralysie générale. La rémission fut si complète qu'on pouvait considérer la malade comme guérie et seules des conditions matérielles empêchèrent sa sortie. Il ne restait comme seule séquelle qu'une amnésie lacunaire portant exactement sur toute la période confusionnelle.

La deuxième poussée se traduisit par un syndrome en tout superposable au premier, si ce n'est qu'ici la torpeur, l'apathie, l'indifférence, la désorientation et la somnolence continuelle furent beaucoup plus accusées.

En somme, c'est surtout la désorientation temporo-spatiale, les troubles marqués de la mémoire, la torpeur et l'obtusion intellectuelles, l'apathie, l'indifférence, les fausses reconnaissances qui dominaient le tableau. A la fabulation près, cet ensemble symptomatique se rapproche des « syndromes korsakowiens » décrits comme caractéristiques des tumeurs du troisième ventricule et notés dans la plupart des cas rapportés.

Mais l'existence de signes oculo-pupillaires ici a pu faire songer au début d'une paralysie générale, éventualité déjà signalée par Mott et Barat, par Weisenburg.

Pouvait-on faire le diagnostic exact dès le début ? Il est facile, après réflexion, de trancher par l'affirmative. Mais la réalité est différente et difficile. Rappelons que Bailey écrivait récemment que ces tumeurs ne sont pas toujours bien diagnostiquées, ni faciles à reconnaître ; à la même occasion, Globus affirmait que les tumeurs du troisième ventricule sont parmi les plus difficiles à identifier, non pas seulement du point de vue clinique, mais encore du point de vue anatomique.

Exposé clinique et anatomique de quatre cas de tumeur du IIIe ventricule (Résumé)

par M. le Professeur J.-A. Barré (de Strasbourg)

L'auteur fait d'abord l'exposé clinique, très résumé, des quatre observations de tumeur du IIIe ventricule qu'il verse aux débats, fait passer diverses photographies pour chacun de ces cas et enfin une série de projections.

Ces cas présentent à la fois une très réelle diversité tout en gardant cependant un certain air de famille qui, *à posteriori,* pourra être utilisé pour pénétrer davantage la clinique encore très indécise de ces tumeurs.

1er cas. — Mme N..., âgée de 22 ans, se plaint d'avoir eu, en septembre 1932, une hydrorrhée nasale un peu singulière, suivie d'anosmie qui a persisté ; vers la mi-octobre 1932, elle est prise brusquement, en pleine nuit, d'une violente céphalée frontale accompagnée de vertiges et de vomissements en fusée ; la crise dure quatre heures environ ; la journée qui suit est presque normale, mais, pendant trois nuits consécutives, les troubles de la première se reproduisent en diminuant d'intensité.

Quelques semaines après, céphalées temporales droites, puis au vertex, puis à la nuque.

En décembre, alors que les jambes commencent à faiblir, apparaissent des bourdonnements des deux oreilles ; quelques jours après, la vue est troublée, on note de la diplopie dans le regard latéral gauche, enfin, la malade souffre brusquement d'une douleur terrible d'arrachement à la face postérieure de l'avant-bras droit.

A l'examen, on note une anosmie complète, une vision : 5/60 à droite, 5/12 à gauche ; le fond d'œil a l'aspect du fond albuminurique avec œdème de la papille, et image stellaire, comme dans la rétinite albuminurique. Le champ temporal inférieur est rétréci à l'œil droit ; on note un léger rétrécissement concentrique à l'œil gauche. La vision des couleurs est presque abolie à droite. Devant ces résultats on dose l'urée du sang qui est normale. Les pupilles sont légèrement inégales : la droite en mydriase ; les réactions photo-motrices et à la distance sont faibles et lentes. L'œil droit

est en léger strabisme interne. L'examen complet montre une parésie des mouvements de latéralité vers la droite et vers la gauche, sans altération des mouvements de verticalité ni des mouvements de convergence.

Les nerfs trijumeaux et faciaux sont normaux. L'audition est presque normale.

L'appareil vestibulaire montre toute une série de troubles cliniques ou expérimentaux assez complexes, mais que nous avons retrouvés plusieurs fois déjà dans des altérations de la partie antérieure des pédoncules, ce qui leur donne une certaine valeur. Il existe un nystagmus spontané horizontal vers la gauche dans le regard direct.

A l'épreuve du fil à plomb, le corps est penché légèrement vers la droite. A l'épreuve des bras tendus, le bras droit se porte à droite, le gauche reste immobile.

A l'épreuve voltaïque, avec pôle positif à gauche, on retourne le nystagmus, tandis que la déviation du bras droit et du corps ne ne se modifie pas et que le bras gauche reste immobile.

A l'épreuve rotatoire, le nystagmus se comporte correctement, mais ici encore l'épreuve des bras tendus est très anormale, aussi bien pour le bras droit qui tombe que pour le bras gauche qui pour la première fois se porte à gauche.

A l'épreuve calorique, mêmes observations pour le nystagmus (facile à modifier et à retourner), et pour les bras tendus, très difficiles à modifier dans leur déviation spontanée ou leur immobilité. Les seuils de ces diverses épreuves sont relativement bas,

L'ensemble de ces données nous paraît assez spécial et digne d'être recherché désormais, puisque nous l'avons rencontré plusieurs fois déjà. Il peut acquérir une certaine valeur topographique.

Notons aussi qu'il existe une « *dysharmonie vestibulaire* », ce qui nous fait soupçonner l'existence de troubles cérébelleux chez la malade. Un examen spécial nous montre que les épreuves du doigt au nez et du talon au genou sont anormales à droite ; mais nous notons aussi que la passivité est moindre de ce côté que du côté gauche, où l'on s'attendait à la trouver augmentée, ce qui nous porte à penser que nous nous trouvons devant un de ces « *complexes* » sur lequel, ce matin, nous avons attiré l'attention.

La motilité volontaire et la sensibilité sont à peu près normales. Les réflexes tendineux sont cependant très inégaux aux membres supérieurs et inférieurs, ce qui est en rapport, peut-être, avec l'existence des troubles cérébelleux notés plus haut.

La *radiographie du crâne* montre des impressions digitales multiples, une selle turcique profonde, une lame quadrilataire mince, une calcification dans la région frontale droite.

La *ponction lombaire* (27 décembre 1932) donne, en position couchée 81, un liquide clair (0,33, alb. 1 cellule, 0,18 d'urée, un

Bordet-Wassermann négatif). Injection de 10 cc. : l'air ne passe pas dans les ventricules.

Une *ponction ventriculaire,* faite quelques jours après (le 29 décembre 1932) montre un ventricule droit normal.

La stase papillaire est devenue énorme, la vision est très réduite. On fait une *trépanation décompressive* sur la fosse postérieure.

La malade quitte la clinique améliorée et reste un an chez elle. Entre temps, la vision s'est en partie restaurée, mais quand elle nous revient, en mai 1933, elle a toujours son nystagmus gauche, et l'épreuve du doigt au nez incorrecte à droite. Les papilles sont blanches et atrophiées, les vaisseaux rétrécis, la cécité est presque complète. Elle a bientôt des crises à type jacksonien ou épileptique à prédominance droite, avec Babinski bilatéral. Elle dort beaucoup, a de la boulimie, de la polydypsie et de la pollakiurie.

Une trépanation de la région pariétale droite est faite, le ventricule latéral ponctionné ; on retire 30 cc. de liquide normal. La malade entre dans le coma, la température monte à 42°, la mort survient.

A l'autopsie on trouve un *Astrocytome fibrillaire volumineux,* développé aux dépens de la partie antérieure des pédoncules cérébraux, envahissant la plus grande partie du 3e ventricule et repoussant fortement les noyaux gris centraux.

2e cas. — Pfr..., âgé de 55 ans. Ce malade a été observé pendant quatre séjours qu'il fit à la clinique pendant les deux ans et demi qui précédèrent sa mort. A la suite d'un traumatisme (que l'on rendit responsable des premiers troubles) : crise nerveuse nocturne avec perte de connaissance complète, perte des urines et matières, amnésie totale, le malade nous est amené.

A l'examen on note une urée sanguine normale ; la ponction lombaire montre une hypertension faible ; le liquide contient 45 cellules, 0,58 albumine, le Bordet-Wassermann est négatif. Dès ce moment, il existe à l'œil droit (Prof. Weill) une atrophie optique névritique et de l'hémianopsie nasale et temporale. A l'œil gauche, vision normale avec stase nette.

Au deuxième séjour, on remarque que la convergence de l'œil gauche n'est pas parfaite et que les réactions à la lumière et à l'accommodation sont paresseuses pour l'œil droit.

En outre, on observe un nystagmus qui bat vers la gauche dans le regard direct, et dans l'épreuve des bras tendus, l'ascension très curieuse d'un bras, fait déjà observé sur quelques malades antérieurement.

Epreuve de Romberg : déviation du corps à droite et en arrière.

Epreuve rotatoire : réactions normales pour des seuils normaux.

Epreuve calorique : dysharmonie vestibulaire légère et déviation oblique de l'ascension spontanée du bras droit.

Epreuve voltaïque : réactions sensiblement normales pour des seuils bas.

L'épreuve du doigt au nez est incorrecte à droite, puis à gauche, ce qui indique une participation des voies cérébelleuses.

Le système pyramidal ne montre pas de signe d'irritation, mais un léger déficit à droite.

Les différentes sensibilités sont normales, sauf la sensibilité au diapason qui semble très fortement touchée des deux côtés du corps.

Un nouvel examen oculaire pratiqué en avril 1930 montre, à l'œil droit un champ visuel normal avec atrophie partielle du nerf optique droit et, à gauche, une disparition complète de la stase antérieure. Notons, en passant, ces modifications très importantes survenues sans cause apparente dans l'état de la vision et du fond d'œil du malade.

Une nouvelle ponction montre une tension légèrement supérieure à la normale (58), le liquide contient 28 cellules, 0,38 alb., le Bordet-Wassermann est toujours négatif.

Lors d'une quatrième hospitalisation, P... est amené pour impossibilité totale de la marche, il est désorienté dans le temps et dans l'espace, mouille son lit, mais au bout de quelques jours seulement tout change ; il récupère son équilibre, il reste seulement un peu somnolent.

L'examen oculaire montre une atrophie oculaire bilatérale sans stase, mais il est impossible de faire un examen précis du champ visuel. Les bras tendus présentent toujours le mouvement d'ascension spontanée. Le nystagmus bat toujours vers la gauche dans le regard direct ; les réactions pupillaires à la lumière sont faibles ; pas de troubles pyramidaux irritatifs.

Une nouvelle ponction lombaire montre une pression de 59 cm. avec 114 cellules, 0,56 albumine ; le malade meurt et l'on trouve, *à l'autopsie,* un 3e ventricule largement dilaté et entièrement occupé par un kyste multiloculaire qui avoisine les trous de Monro, comprime la partie antérieure des pédoncules et sépare fortement les noyaux gris centraux.

Il s'agit d'un kyste par parasite sur lequel les spécialistes (Prof. Larousse, de Strasbourg, Prof. Joyeux, de Marseille), ne peuvent encore nous donner un avis précis en l'absence de scolex.

Ces deux premières observations ne peuvent manquer de frapper par une certaine ressemblance que l'on retrouve dans les réactions pupillaires, dans les réactions des mouvements associés des yeux, le nystagmus dans le regard direct, les réactions vestibulaires singulières, un facteur cérébelleux discret, les troubles variables de l'état du fond d'œil et de la vision dont l'évolution a été des plus singulières. On est frappé

aussi par l'absence, pendant la presque totalité de l'évolution de la tumeur, de ces signes qui indiquent ordinairement une participation des noyaux infundibulo-tubériens.

3e cas. — Observation de Mme T..., âgée de 54 ans, qui est entrée à la clinique parce qu'elle présente des céphalées frontales violentes et que sa fille a remarqué son changement de caractère survenu 5 semaines auparavant : perte de goût au travail, confabulation, troubles de la mémoire et du caractère, etc.) ; on a noté aussi depuis quelques semaines un appétit exagéré et la prise d'un certain embonpoint, mais on met ces deux phénomènes sur le compte des troubles psychiques et de l'inaction de la malade. C'est aux mêmes causes également que l'on rapporte les mictions fréquentes de la malade qui a de l'incontinence d'urines pendant l'examen et ne s'en étonne pas.

L'examen montre une certaine lenteur des réactions pupillaires à la lumière, une convergence un peu limitée, de la stase papillaire bilatérale ; le champ visuel est impossible à préciser. L'audition paraît suffisante ; l'équilibre est mauvais ; la malade tombe en arrière et à droite ; il n'y a pas de nystagmus vestibulaire spontané ou révélé ; son nystagmus opto-cinétique est normal.

L'épreuve de Barany, seule, pratiquée chez la malade couchée, montre un seuil normal à gauche (50 cc.), beaucoup plus élevé à droite (120 cc.), avec des réactions des bras tendus et du corps normales après irrigation droite, et anormale après irrigation gauche.

La motilité et la sensibilité, autant qu'on a pu les examiner, ne présentent pas de trouble notable. La malade ne retient ni ses urines, ni ses matières.

Les épreuves cérébelleuses (doigt au nez, talon au genou, passivité, etc.), sont correctes, quand elle veut bien effectuer les mouvements qu'on lui commande.

La ponction lombaire, en position assise, montre un liquide sous pression : 85, avec une cellule par mmc., 0,22 album., le Bordet-Wassermann est négatif, l'urée normale.

L'autopsie montre des ventricules latéraux dilatés, un troisième ventricule rempli par une tumeur du volume d'une noix, sur la nature histologique de laquelle les anatomo-pathologistes discutent encore.

En présence de ces symptômes, notre Collègue en psychiatrie a fait comme nous le diagnostic de Syndrome frontal et pensé à une Tumeur de ce lobe. Nous comprenons maintenant qu'il existait chez cette malade un *syndrome frontal assez particulier* et probablement un de ces « *complexes* » dont nous avons parlé déjà : en effet, il n'est pas habituel, dans les syn-

dromes frontaux, de voir les malades avec un appétit exagéré, des mictions très fréquentes, une émission d'urines très abondante, prendre un embonpoint important en quelques semaines. Il semble donc bien que, dans le cas particulier, les manifestations en rapport avec la dysfonction des noyaux infundibulo-tubériens (exagération de l'appétit et de la soif, abondance des mictions, etc.) aient été rapportées à tort aux troubles psychiques.

4e cas. — Cette dernière observation qui appartient à MM. Gounelle et Warter et à notre collègue, le Prof. Merklen, a été présentée à la dernière Réunion Neurologique de Strasbourg, au début de ce mois. Elle est bien différente des précédentes et comporte aussi des particularité bien singulières.

Un homme de 31 ans est envoyé à l'hôpital pour asthénie très marquée et céphalée occipitales et temporales. Le malade dit également qu'il voit trouble de temps en temps. Il a une soif continue et très intense et se lève souvent la nuit pour boire de grandes quantités d'eau. Il serait souvent désorienté, nous dit-il, et somnole fréquemment dans la journée, mais on s'est peu étonné, au début de ces accidents, car depuis son enfance, il aurait eu à de multiples reprises, des maux de tête temporaux assez semblables à ceux du début des accidents récents. L'examen montre que la mémoire est très lacunaire, la cérébration très lente, l'état confusionnel accentué.

Au début, le fond d'œil est normal, mais la vision qui est intacte à l'œil droit est seulement de 5/60e à l'œil gauche, ce qui fait conclure à une névrite rétrobulbaire atypique gauche. Les pupilles sont rondes et égales, les réflexes normaux ; il n'existe ni vertige, ni nystagmus, ni trouble de l'équilibre. On ne note pas de troubles cérébelleux, les urines sont claires, sans albumine ni sucre, mais très abondantes variant entre 6 et 9 litres pendant la première hospitalisation.

Le sang contient 5.100.000 hématies, 6.500 leucocytes, 85 % d'hémoglobine. La formule leucocytaire est sensiblement normale; la glycocémie, 0,90 ; le métabolisme de base : normal ; le Bordet-Wassermann négatif.

Le diagnostic oscille entre une tumeur du 3e ventricule et une encéphalite de la même région. Les traitements anti-infectieux sont mis en œuvre ; la selle turcique a des clinoïdes postérieures un peu floues, la névrite rétro-bulbaire existe toujours au début de novembre, mais vers le milieu de ce mois, on note une hémianopsie bi-temporale qui fixe les idées sur le siège de la lésion en développement.

Entre temps, en octobre, s'était développée une *réaction méningée très importante.* Raideur considérable de la nuque ; Kernig

positif ; hyperesthésie générale rendant le moindre contact douloureux.

La ponction lombaire, en position couchée est de 19, montant après compression des jugulaires à 35. Albumine : 1,80 ; cellules : 36 ; glycémie : 0,42 ; chlorures : 0,49.

Vers la fin de novembre, le malade tombe brusquement dans le coma. Température : 39°. Pouls : 105. Respiration de Cheyne-Stockes typique. Un nystagmus spontané vers la droite apparaît. Le réflexe pupillaire à la lumière est aboli, le signe de Babinski bilatéral, les réflexes tendineux et périostés non perceptibles pendant l'apnée et vifs pendant la phase ascendante des mouvements respiratoires. Le malade meurt.

A l'autopsie, on trouve une tumeur du troisième ventricule repoussant le chiasma en avant, le pédoncule en arrière, les méninges molles qui forment l'axe central sont très épaissies. Le troisième ventricule est occupé tout entier par un kyste du volume d'une noix. Il s'agit d'un Ependymome qui envoie un prolongement dans l'aqueduc de Sylvius jusqu'au milieu du quatrième ventricule.

Ces 4 observations nous paraissent illustrer les propositions que nous avons formulées ce matin même et sur lesquelles il nous est impossible de revenir dans ce bref résumé. Nous croyons cependant que l'exposé plus complet, qui suivra, des différents *troubles visuels* observés chez ces malades avec leurs formes variées et leur évolution si singulière, apportera une certaine contribution au diagnostic des tumeurs du IIIe ventricule. Nous nous permettrons aussi de donner tout le développement qu'ils paraissent mériter aux *troubles vestibulaires* si curieux que nous avons observés chez ces malades, et qui nous paraissent avoir une certaine valeur topographique.

Enfin, et c'est la notion générale sur laquelle nous voulons terminer, ces quelques exemples cliniques établissent l'intérêt, à notre avis, considérable, qu'il y a, à l'époque où nous sommes, à utiliser mieux que par le passé les associations de signes, de syndromes qui se présentent à nous et que nous méconnaissons trop souvent quand nous poursuivons nos examens dans le désir de trouver les signes pyramidaux, les signes cérébelleux, les signes extra-pyramidaux, etc., sans nous douter suffisamment que, dans un très grand nombre de cas, ces différents signes, ces *syndromes* justement isolés par nos devanciers sont *associés pour former* des *complexes.* Dans ces tumeurs du IIIe ventricule, qui se trouvent, pour ainsi dire, au carrefour des voies pyramidales, extra-pyrami-

dales, vestibulaires supérieures, cérébelleuses, sensitives, etc., il est naturel de penser que ces voies, comprimées ensemble par la néo-formation elle-même ou par l'hypertension secondaire des ventricules, réagiront en même temps, de manière souvent discrète et chacune d'après sa susceptibilité spéciale vis-à-vis de la compression, réalisant souvent ainsi des ensembles cliniques peu bruyants dans leurs manifestations, délicats à dissocier, mais présentant un grand intérêt clinique si nous savons les reconnaître puisqu'ils pourraient nous conduire vers la région plus particulièrement intéressée.

En dehors de ces considérations générales, le résumé clinique de ces quatre tumeurs nous a paru mériter aussi d'être versé aux débats.

M. Meignant. — Je tiens à souligner tout particulièrement l'intérêt des observations que vient de nous apporter le Professeur Barré et à le remercier. Dans mon rapport, j'ai dû, par la force des choses, rester schématique, didactique, systématique, beaucoup trop pour rendre la complexité, la souple réalité de l'histoire de la plupart des tumeurs du IIIe ventricule, des tumeurs intraventriculaires en particulier. La communications de M. Barré, ses observations si remarquablement étudiées et développées, complètent fort heureusement l'exposé systématique. Les symptômes observés appartiennent à telle et telle séries classiques de troubles neurologiques ; ils sont nets, à condition qu'on sache les observer et les interpréter, à un moment donné ; puis la combinaison symptomatique, le « complexe » clinique noté, disparaît avec la poussée évolutive, pour reparaître, parfois un peu modifié. Ces associations symptomatiques, parfois éphémères, ont un sens, plus ici encore que dans les autres localisations tumorales peut-être. La connaissance de tels complexes est infiniment précieuse pour l'avenir. C'est par l'étude fouillée des cas, par la notation précise et complète de ces « complexes symptomatiques », en même temps que par une plus fine connaissance des particularités évolutives, et aussi anatomiques ou histologiques de chaque cas, qu'on arrivera peu à peu à isoler les divers types de tumeurs intraventriculaires ou paraventriculaires, comme on est arrivé, depuis quelques années, peu à peu, à isoler les divers types de tumeurs suprasellaires.

Gliomatose diffuse des ventricules cérébraux

par MM. L. Bériel et A. Devic (Lyon)

Nous rapportons, à titre documentaire, deux observations dans lesquelles il existait une gliomatose diffuse des parois ventriculaires. Ces cas, qui sont au-dessus de toute ressource thérapeutique curative et souvent au-dessus de toute possibilité de diagnostic précis, sont intéressants au point de vue clinique, parce qu'ils montrent qu'un syndrome de tumeur cérébrale peut être réalisé sans qu'il y ait une masse tumorale compacte. Ils servent donc d'intermédiaire entre les tumeurs proprement dites formant un masse enlevable chirurgicalement et les cas dits « pseudo-tumeurs » réalisés par exemple par des épendymites. Il s'agit, en somme, dans nos observations, d'épendymites cancéreuses diffuses ; il y en a d'ailleurs déjà quelques observations dans la littérature.

Le premier de nos deux cas, qui a déjà été publié par nous-mêmes (*Lyon Médical*, 30 novembre 1924, page 716), concernait un enfant de huit ans qui était entré dans notre Service pour du tremblement, et de la faiblesse des membres inférieurs. L'affection avait débuté un an auparavant par un tremblement intentionnel discret des membres supérieurs. La faiblesse des jambes apparut plus tard et fut progressive. Les symptômes s'orientèrent ensuite vers une affection cérébrale, le petit malade ayant présenté deux crises avec perte de connaissance et quelques vomissements.

La symptomatologie était très limitée, montrant seulement un aspect cérébelleux d'ensemble : tremblement intentionnel des membres supérieurs, surtout à gauche ; marche incertaine avec élargissement de la base de sustentation. Œdème papillaire bilatéral. Pas de modification sensible du liquide céphalo-rachidien. A la radiographie, selle turcique sensiblement augmentée de volume sans déformation.

On avait pensé à une tumeur du cervelet ou de la partie supérieure du tronc cérébral et l'on fit une large décompressive occipitale. Le petit malade étant mort dans la même journée, on vit d'abord à l'examen du cerveau seulement de l'hydropisie ventriculaire, et c'est en regardant plus attentivement

que l'on nota un épaississement des parois du 3e ventricule, dont l'examen histologique révéla la nature gliomateuse.

La deuxième observation à trait à un enfant de 15 ans, entré dans notre Service le 25 septembre 1933. L'affection avait débuté un an avant par de la polyurie et de la polydypsie, avec affaiblissement général progressif, mais sans paralysie.

La polyurie avait été assez accusée, atteignant quatre à cinq litres et accompagnée d'une soif intense ; actuellement, l'enfant n'urinait plus qu'un litre à un litre et demi, bien qu'il n'y ait pas eu de thérapeutique particulière.

Il existait en outre des troubles du sommeil ; non seulement le sommeil normal était profond et prolongé, mais l'enfant s'endormait souvent dans la journée.

Depuis quelques semaines, il était survenu des maux de tête et des vomissements, et enfin des troubles visuels, sensation de brouillard empêchant le petit malade de lire. Il y aurait eu, à certains moments, un peu de diplopie.

L'examen général ne montrait aucun signe objectif : motilité élémentaire, sensibilité, réflexes normaux. Aucun signe de la série cérébelleuse. Rien aux viscères.

Les urines ne contenaient ni sucre, ni albumine. L'examen du sang montrait 0,48 d'urée et 1 gr. 18 de glycémie.

L'examen des yeux (Dr Bussy) montra un œdème pur, bilatéral des papilles, égal des deux côtés. Champ visuel normal. Pas de paralysie intrinsèque. Pupilles normales.

Ponction lombaire : tension 20 à 25, albumine très augmentée : 1 gr. 60.

La radiographie ne montra qu'une selle légèrement bulleuse, mais normale.

On fit le diagnostic de tumeur de la région infundibulaire. L'état général de l'enfant étant très médiocre, on renonça à faire une ventriculographie et l'on hésita même à faire une intervention palliative. Toutefois, comme il s'aggravait de jour en jour, on fit une décompressive le 9 octobre 1933. Mais l'enfant mourut dans la journée.

A l'autopsie, on ne vit d'abord pas d'autres modifications qu'une assez grosse dilatation de tous les ventricules, mais on remarqua que les parois ventriculaires étaient épaissies, tomenteuses, veloutées, sur toute la surface du troisième ventricule et des ventricules latéraux. L'examen histologique montra que, sur une épaisseur variant de deux à cinq millimètres, les parois étaient uniformément constituées par un tissu gliomateux.

Métastases cérébrales consécutives à un cancer du col utérin

par MM. H. Roger, J. Alliez et J. Paillas

L'histoire des tumeurs cérébrales métastatiques est de date relativement récente. Aux rares observations connues antérieurement s'opposent les publications plus nombreuses de ces dernières années, publications dont le rappel est fait dans la thèse de l'un de nous (Paillas, *Les tumeurs cérébrales métastatiques,* Marseille 1933). Depuis la parution de celle-ci, il nous faut citer quelques récents travaux, dus à Paulian, Bistriceano et Aricesco (*Soc. Roumaine de Neurologie,* 1933), Oldberg (*Jour. Of. Americ. Méd. Assoc.,* n° 19, p. 1.458, 1933), Ishan Chukry (*L'Encéphale,* 1934, n° 3), D. Petit-Dutaillis et Paul Schmits (*Soc. Méd. des Hôp. de Paris,* 4 mai 1934), Barré et Paillas (*Marseille-Médical,* 5 février 1934), H. Roger, Y. Poursines, J. Alliez et J. Paillas (*Soc. de Neurologie,* 1er mars 1934). Par ailleurs, l'intérêt des tumeurs cérébrales métastatiques a changé, semble-t-il, d'objet. Alors qu'auparavant, la minime fréquence de ces tumeurs était le principal facteur susceptible de retenir l'attention, ces derniers temps, on s'est davantage attaché à décrire leurs caractères cliniques et anatomiques, et parfois, on a pu même leur opposer une thérapeutique efficace. Aussi, nous a-t-il paru intéressant de relater l'observation suivante, typique par plus d'un point, mais dont certains aspects curieux appellent quelques commentaires particuliers.

Agnès Bar.., âgée de 42 ans, entre, le 15 mars 1934, à la clinique neurologique de l'Hôtel-Dieu. Elle se plaint de céphalées atrocement douloureuses, à type d'élancement, siégeant dans la région occipitale, avec irradiations frontales. Accentuées par l'acte de se pencher en avant, elles sont également plus exagérées le matin au réveil. Elles s'accompagnent de vertiges, quelquefois de nausées, et de vomissements. Ceux-ci sont de production facile, survenant sans effort. La somnolence est continue, le sommeil nocturne prolongé. La vue est conservée, il n'y a ni scotome, ni phosphène.

L'audition est bonne. Il existe quelques fourmillements dans le bras droit. La main est engourdie au réveil, et la malade mord sa main pour mieux se rendre compte de son insensibilité. Rien aux membres inférieurs. Il n'existe ni troubles urinaires, ni phénomènes digestifs ou circulatoires, ni fièvre. Les troubles psychiques sont caractérisés par un certain ralentissement de l'idéation qui rend l'interrogatoire pénible, et des troubles importants de la mémoire. La malade ne se souvient plus de l'année, pas très éloignée d'ailleurs, pendant laquelle elle a subi une application de radium au niveau du col utérin.

Voici *l'histoire de la maladie,* telle que nous avons pu la reconstituer, grâce aux renseignements fournis par les médecins traitants antérieurs, et par la famille de la malade.

N'ayant jamais contracté de maladies notables auparavant, Agnès B... s'est mariée, a eu cinq enfants, actuellement en parfaite santé, pas de fausses-couches. Des antécédents de ses parents il n'y a rien à dire.

En 1931, elle est traitée, à l'Hôtel-Dieu, pour un cancer du col de l'utérus par 40 mmgr. de radium-élément (du 17 au 24 septembre 1931). Il s'agissait d'un « épithélioma malpighien de type intermédiaire à prédominance baso-cellulaire, stroma fibroblastique, nombreuses mitoses » (diagnostic histologique dû au Prof. L. Cornil).

Par suite d'une récidive locale, elle est traitée au Centre anticancéreux (Dr Huguet), par une nouvelle application de radium (100 mmgr. de radium-élément, du 2 au 21 octobre 1933). Le mois suivant on pratique quelques séances de rœntgenthérapie complémentaire.

Le *début de l'épisode morbide actuel* se place à la Noël 1933. Il se fit par une crise comitiale d'une durée et d'une intensité considérables, avec chute, perte de connaissance pendant 4 à 5 heures, mouvements convulsifs, morsure de la langue, etc... Durant toute la journée qui suivit, la malade resta obnubilée, mais elle ne conserva aucune séquelle paralytique apparente. La céphalée est plus tardive, puisqu'elle ne date que d'un mois environ. Les vomissements sont également postérieurs. Quant au début de la somnolence et de l'obnubilation, il n'a pu être précisé. Il n'y a pas d'amaigrissement notable.

L'examen permet de constater que l'état général de la malade est relativement bien conservé. Il confirme également son obnubilation intellectuelle marquée aux questions posées ; les réponses viennent comme à regret.

Objectivement il n'existe que très peu de signes pathologiques ; très minime parésie faciale gauche, appréciable seulement dans l'ouverture de la bouche ; hypoesthésie bilatérale de la cornée ;

inégalité pupillaire ; O.D. plus grand qu'O.G., les pupilles sont déformées, surtout la gauche, mais contractiles à la lumière et à l'accommodation. La nuque est souple, la percussion cranienne non douloureuse.

Sur la face antéro-interne du bras droit existe une très importante cicatrice de 7 à 8 centimètres de long, consécutive à une profonde brûlure que se fit la malade lors de sa crise comitiale. Aux membres supérieurs, les réflexes tendineux sont un peu plus vifs à gauche. Le ballottement de la main plus marqué à gauche, un mauvais freinage dans l'épreuve de Purves-Stewart du même côté constituent de très discrets symptômes cérébelleux.

Aux membres inférieurs il existe un déficit pyramidal droit (épreuve de Grasset-Gaussel, oscillations à droite, épreuve gynécologique, tendance à la chute à droite), mais les réflexes rotuliens et achilléens sont plus vifs à gauche avec tendance au polycinétisme. Il n'y a pas de clonus, le réflexe cutané plantaire se fait en flexion des deux côtés. Comme pour les bras, le ballottement du pied est plus net à gauche, de même que la laxité articulaire.

La marche est difficile, elle se fait tête inclinée en arrière, avec un léger entraînement sur la gauche.

Le toucher vaginal permet la reconnaissance d'un cancer bourgeonnant du col utérin.

L'image radiographique du crâne est normale, tant au point de vue selle turcique qu'au point de vue aspect général.

L'examen du fond d'œil montre des contours papillaires légèrement flous, suspects de stase au début. La tension des artères rétiniennes est de 55.

Examen du liquide céphalo-rachidien. Tension, 30-10 au Claude, liquide clair, cytologie, 0,4 albumine, 90 cent., Bordet-Wassermann négatif. Dans le sang, l'urée est de 0 gr. 32. Les réactions de Bordet-Wassermann et de Hecht sont négatives. La température est à 37°, le pouls à 80.

Pour les céphalées, nous donnons du pyréthane à la dose de 100 gouttes par jour. L'absence de résultat nous incite à employer le venin de cobra. Mais les injections de cobra-toxine ne sont pas plus heureuses. Les céphalées persistent excessivement intenses tout autour de la tête. L'état général est relativement bon, l'alimentation suffisante.

Sans aucun phénomène prémonitoire, le décès survient dans l'après-midi du 3 avril 1934, par syncope.

L'autopsie a été faite 24 heures après la mort. Elle s'est limitée à la boîte cranienne par suite de l'opposition de la famille.

A l'ouverture de la boîte cranienne, pas de lésions méningées. L'examen de l'encéphale montre, au niveau du cervelet, une saillie

de l'amygdale cérébelleuse droite, qui est congestionnée et repoussée en bas et en dedans par une tuméfaction papillaire de coloration nacrée logée entre le vermis postérieur qui est dévié à gauche et l'amygdale. La partie supérieure du cervelet présente une dépression à la partie médiane de l'hémisphère cérébelleux droit. La section à ce niveau permet l'issue d'une bouillie épaisse de consistance progressivement plus épaisse à mesure qu'on se rapproche des parois de la cavité. Cette paroi n'a pas de limite qui la différencie de la substance cérébelleuse. La coupe transversale de l'hémisphère cérébelleux droit permet de reconnaître une tumeur de la dimension d'une pièce de 10 fr. actuelle, grisâtre, de centre nécrotique, entouré d'une zone de deux à trois millimètres, blanchâtre, dure, qui paraît être formée par le refoulement de la substance cérébrale. Elle paraît être le siège sous-cortical, ayant refoulé la substance blanche dans la profondeur et s'être logée entre le vermis et l'hémisphère droit.

Au niveau de la circonvolution orbitaire externe droite, immédiatement en dehors de la bandelette olfactive, présence d'une cavité anfractueuse contenant une bouillie puriforme, de la grosseur d'une châtaigne.

Il s'agit d'une tumeur orbitaire droite de siège sous-cortical. Elle est allongée, de la dimension d'un œuf de pigeon et s'étend en avant jusqu'à un demi centimètre de la périphérie corticale, jusqu'aux noyaux gris centraux, en arrière. Elle est anfractueuse, beaucoup plus nécrotique que la tumeur cérébelleuse.

Il est à noter que les deux tumeurs, bien que non énucléables, ne paraissent pas infiltrer réellement la substance cérébrale, car, par une dissection fine, on arrive à trouver le plan de clivage entre le tissu tumoral et le tissu nerveux.

Les cavités ventriculaires sont entièrement normales, les plexus choroïdes aussi.

Différentes coupes pratiquées dans le cerveau permettent de reconnaître dans la substance blanche, au voisinage des vaisseaux, un piqueté hémorragique.

Pas d'œdème cérébral apparent.

L'examen histologique pratiqué dans le laboratoire de M. le Prof. Cornil montre que la structure est identique au niveau des deux sièges de la tumeur (lobe orbitaire et cervelet). Le tissu tumoral est constitué par une nappe homogène d'éléments cellulaires sans qu'il existe de formations séparant le tissu néoformé du tissu encéphalique. Des amas peu nombreux de substance nerveuse sont visibles au milieu de la masse tumorale elle-même. D'autre part, des éléments cellulaires néoplasiques prolifèrent en coulées très peu nombreuses au sein de la substance blanche, accompagnées d'une réaction cellulaire lympho-plasmocytaire

intense. En certains points, les éléments cellulaires qui constituent la tumeur ont une disposition à tendance fasciculaire. Le noyau est de taille variable, généralement très volumineux, contenant une chromatine abondante avec un ou plusieurs nucléoles. Les noyaux les moins volumineux ont une structure plus homogène et sont très fortement basophiles. La forme du noyau est généralement arrondie, quelques-uns sont ovalaires, d'autres, assez nombreux, allongés. Les limites cellulaires sont peu nettes, on distingue un protoplasma coloré en rose clair par l'éosine à structure assez homogène. Les mitoses sont peu fréquentes. La trame conjonctive n'existe pas, en dehors de la paroi épaissie de quelques rares vaisseaux.

Autour de la tumeur, les éléments cellulaires pyramidaux sont en certains points assez altérés. Une réaction lympho-plasmocytaire marquée double la zone nécrotique prétumorale.

Les vaisseaux sont relativement peu congestionnés, à paroi épaisie et proliférante où se distinguent des éléments tumoraux migrateurs. En certains points, même éloignés de la tumeur, les cellules néoplasiques s'ordonnent en boyaux paravasculaires microscopiques.

En résumé, la structure malpighienne de la néoformation est assez peu nettement mise en évidence par les colorations habituelles que nous avons jusqu'ici seules pratiquées. Il est même intéressant de constater en certains points la disposition en tourbillons des éléments tumoraux. Certains éléments volumineux dont les limites cytoplasmiques sont nettement polyédriques signent toutefois l'origine baso-cellulaire de la tumeur.

A noter l'intense réaction cellulaire lymphocytaire et gliale.

Cette observation se résume facilement. Une femme, âgée de 42 ans, est atteinte de cancer du col utérin en 1931. Après un essai de curiethérapie qui donne une rémission de deux années, se produit une récidive locale, puis une métastase cérébrale. Celle-ci se manifeste par une crise comitiale généralisée, extrêmement intense, des céphalées violentes, une obnubilation intellectuelle marquée, et des symptômes neurologiques tout à fait discrets. L'absence d'hypertension intracranienne constraste avec une hyperalbuminose céphalo-rachidienne. L'autopsie confirme le diagnostic, en révélant deux noyaux métastatiques dans l'encéphale : un dans le cervelet, un dans le lobe orbitaire droit.

Les tumeurs cérébrales métastatiques sont rares puisque, dans la littérature, on peut en compter environ 200 observations publiées. Il s'agit d'ailleurs le plus souvent d'épithéliomas, d'origine pulmonaire, mammaire ou rénale, de type cylindrique en général. Au contraire, l'utérus, bien qu'il fournisse le tiers à peu près des tumeurs malignes observées, ne se généralise à l'encéphale que de façon tout à fait exceptionnelle. Dans un travail tout récent et portant sur un nombre considérables de malades, Kamniker (*La récidive post-opératoire du cancer du col utérin. Etude clinique de ses diverses manifestations. Archiv. f. gynek.* CLI, 24 octobre 1932) ne signale qu'un cas de métastase cérébrale d'origine utérine. Parmi toutes les observations de métastases cérébrales publiées, nous avons relevé sept cas seulement qui ressortissaient aux néoplasies utérines. Par ailleurs, les métastases cérébrales d'épithélioma malpighien constituent de véritables exceptions, en particulier lorsque celui-ci est de siège utérin. Nous ne connaissons guère, à ce point de vue, que les observations de Bulliard, Champy et Douay (*Assoc. française pour l'étude du cancer,* 17 mars 1924), et celle de Huguenin et Mme Liberson (*Soc. de Neurologie,* 6 février 1930).

Du point de vue clinique, il y a lieu de mettre en relief l'absence du syndrome classique des tumeurs cérébrales. En effet, comme l'un de nous l'a montré dans sa thèse, le syndrome de tumeur cérébrale métastatique se caractérise par une tension céphalo-rachidienne sensiblement normale, ainsi qu'on peut le vérifier par la ponction lombaire et l'examen du fond d'œil. Par contre, il existe fréquemment une albuminose liquidienne nette. Celle-ci est davantage marquée lorsqu'il s'agit de métastases encéphaliques d'un cancer viscéral, car les nodules tumoraux en sont très nécrotiques. C'est par la désintégration protéique intense de la tumeur qu'il faut expliquer, semble-t-il, cette albuminose céphalo-rachidienne qui, ainsi isolée, paraît assez spéciale aux tumeurs cérébrales métastatiques.

Les signes neurologiques en foyer étaient à peu près inexistants, malgré le volume des deux noyaux tumoraux. L'examen histologique nous fournit une interprétation heureuse de ce fait curieux, en montrant le tissu nerveux seulement refoulé au contact de la néoplasie, et non pas envahi. Nous avons même pu écrire d'autre part (*loco citato*) que parfois les signes neurologiques étaient paradoxaux. En effet, des réac-

tions vasculaires de type thrombosiques ou hémorragiques peuvent se produire à distance de la tumeur, entraînant une maladie localisée et objectivée du point de vue clinique ; au contraire, l'intégrité péritumorale relative du tissu nerveux explique l'absence de troubles ressortissant à la tumeur elle-même.

Fait particulier sur lequel nous désirons insister : le début s'est fait par une grande crise d'épilepsie généralisée, crise vraiment solennelle, excessivement intense. Bien souvent, en effet, l'épilepsie du début des tumeurs cérébrales est très marquée, et son intensité même doit éveiller l'idée de son origine.

Reste enfin l'image histologique des néoplasies cérébrales. La disposition paravasculaire des boyaux néoplasiques les situe bien dans leur origine embolique artérielle. D'ailleurs, on doit, semble-t-il, considérer deux types de tumeurs cérébrales métastatiques : les unes méningées propagées par voie lymphatique ou nerveuse, et dont le type est la tumeur d'origine mammaire, et les autres encéphaliques propagées par des embolies artérielles et dont le type est la tumeur d'origine pulmonaire. C'est dans ce groupe anatomo-clinique que rentre précisément l'observation que nous venons de rapporter.

La sclérose multiple en Turquie

par Mazhar Osman et Ihsan Chukru (Istanbul)

La rareté des cas de sclérose multiple observés en Turquie par rapport aux pays de l'Europe du nord attirait, depuis fort longtemps, notre attention. Pour en donner une idée, nous trouvons utile d'étudier ici les statistiques des diverses cliniques des maladies mentales et nerveuses de notre pays. Les résultats obtenus prouvent bien cette rareté, par les chiffres.

Les statistiques de la clinique des maladies nerveuses de l'hôpital militaire Gulhané à Stamboul (Chef : Prof. Dr Nazim Chakir) montrent que les cas de sclérose multiple, observés dans une période de treize années, constituent les 3,4 % des admissions.

Il faut noter que cet hôpital étant l'école d'application, on n'y admet que les cas rares et intéressants pour l'enseignement.

Les cas de sclérose multiple, pris en traitement au service neurologique de l'hôpital d'Angora (Chef : Dr Chukru Youssouf), dans une période de 6 années, n'atteignent que les 0,07 % des malades admis ; les cas frustes y compris.

Ceux de la clinique neurologique de l'hôpital militaire d'Angora (Chef : Dr Ruchtu) sont de 1,2 %.

Quant à l'hôpital des maladies mentales et nerveuses de Bakirkeuy, ce nombre est de 0,025 %.

Des 88 cas étudiés dans le service des maladies nerveuses de l'hôpital « Gulhané » et à la clinique neurologique de l'hôpital des maladies mentales et nerveuses de Bakirkeuy, 22 seulement sont donnés par les femmes.

Ces 88 cas peuvent être répartis selon l'âge, comme suit :

Age	Nombre des cas
11	1
15	2
16	1
18-20	8

21-30	26
31-50	47
55	1
Total	88

Parmi ces cas, 54 sont des habitants des ports ; les 11 autres appartiennent aux villes rapprochées du littoral.

La maladie se voit d'ailleurs parmi les gens qui (comme étudiants, commerçants, médecins) voyagent souvent en Europe.

Nous allons maintenant citer deux cas, suivis de décès, à l'hôpital des maladies mentales et nerveuses de Bakirkeuy, et dont les systèmes nerveux centraux ont été histologiquement étudiés.

Cas 1. — S. R., âgé de 25 ans, originaire de Nicolayef, célibataire, est admis à l'hôpital à la suite de graves symptômes de sclérose en plaques. Les tremblements se concentrent surtout à la tête. Le malade parle avec difficulté et d'une manière saccadée. Il a des rires et des pleurs explosifs.

Examen du sang : W.R. et M.T.R. négatifs.

Examen du liquide céphalo-rachidien :

Aspect : clair.
Pandy : + +.
Nonne-Appelt : *p*II 1 + +.
Weichbrodt : + + +.
Albumine : tube de Nissel 3 1/4 trait.
Cellule : Fuchs-Rosenthal 34/3.
Réaction d'or : 5555555.333.0.
W.R. et M.T.R. : —.

Malgré tous les traitements, la maladie évolue et le malade succombe le 24 mai 1925.

D'après la déclaration de la famille du malade, la maladie a duré au total 12 mois.

Autopsie : l'autopsie est faite 16 heures après la mort. Le cerveau, d'une consistance beaucoup plus dure que l'état normal, pèse 1.700 gr. La méninge est hypérémique. Les coupes cérébrales ont des foyers macroscopiques de sclérose multiple dans divers endroits.

La réaction du fer d'après Spatz est négative. Aucune altération pathologique dans les autres organes.

Examen microscopique : les foyers de sclérose multiple qui se concentrent autour des ventricules, présentent des infiltrations

intenses. Dans le ganglion basal, c'est la couche optique qui est surtout la plus atteinte. On aperçoit quelques foyers à l'hypothalamus, au striatum et au pallidum. A la corne d'Ammon, près du ventricule, nous voyons un foyer plein de cellules d'infiltration inflammatoire (lymphocytes, plazmazellen) ; sur le nerf optique aussi, on voit de semblables foyers.

Au cervelet entre le noyau dentelé et le quatrième ventricule, se trouve encore un foyer. Bien qu'à la périphérie du pont il ne se trouvent que quelques foyers, le bulbe en contient abondamment. Mais la *substantia nigra* ne possède ni plaque, ni infiltration.

Dans les plaques, les myélines sont disparues ; et, à leur place, les cellules granuleuses chargées d'abondants lipoïdes se trouvent augmentées.

La méthode de Bielschowsky ne montre aucune altération. D'après celle de Tiermann et Schmelzer, on constate généralement une élévation du contenu du fer physiologique du cerveau.

Cas 2. — H. R., âgé de 43 ans, originaire d'Eghin (Anatolie), médecin célibataire, est admis à l'hôpital le 30 mars 1930, à la suite des symptômes de sclérose multiple typique. Il avait relativement peu de tremblement et cela aux bras surtout. Une hémiplégie droite s'était produite dès le début de la maladie.

Examen du sang : W.R. et M.T.R. négatifs.

L'examen du liquide céphalo-rachidien n'a pas été exécuté.

Tension (avec appareil Vaquez) : 20,5-7,5.

Traitement : iode, néosalvarsan, salicylate, ultraviolet, bains solaires et malariathérapie.

Malgré tous ces traitements, la maladie fait des progrès et s'aggrave. Elle est, par intervalle, accompagnée d'élévation de température durant 5 à 6 jours. Le malade succombe le 26 octobre 1932, après une étape aiguë pendant laquelle la température s'est fixée entre 39°5 et 40°.

Autopsie : l'autopsie a été faite douze heures après la mort.

La méninge est hypérémique.

Le cerveau pèse 1.550 gr. Il est d'une consistance dure. Dans la coupe, se voient d'abondants foyers de sclérose multiple.

Microscopiquement étudiée, la méninge présente çà et là de légères hyperplasies avec infiltration lymphocytaire. D'abondants foyers cérébraux de sclérose multiple se voient autour des ventricules et particulièrement autour des cornes antérieures et postérieures des ventricules latéraux.

Les foyers en question se concentrent plutôt dans la substance blanche cérébrale, et quelques foyers subcorticaux pénètrent jusqu'à la troisième couche de l'écorce.

Dans toutes les parties du ganglion basal, à l'hypothalamus et sur le nerf optique, se trouvent des foyers, de même il existe des

foyers remplis de cellules d'infiltration dans le cervelet, dans le noyau dentelé, dans toutes les parties périphériques du pont, du bulbe et près de l'aqueduc de Sylvius. Par contre, il n'y a pas de plaque sclérotique dans la moëlle épinière ; la voie pyramidale seule s'y trouve dégénérée.



Fig. 1. — La destruction myélinique de la paroie ventriculaire (v.).

Quelques-uns des foyers cérébraux sont nécrosés au milieu. C'est à leur partie périphérique qu'on constate l'augmentation du glia et des cellules chargées de lipoïdes. Les cellules ganglionnaires de l'écorce, du ganglion basal, du pont et du bulbe présentent des altérations aiguës d'après Nissel, mais celles de la moëlle épinière ne sont pas atteintes.

Dans ce deuxième cas aussi, la quantité du fer physiologique du cerveau se trouve augmentée.

Le fait que les foyers de sclérose multiple se trouvent concentrés au voisinage des ventricules et des citernes basaux, prouve que le cerveau est en présence d'un agent pathogène parvenu par la voie du liquide céphalo-rachidien. Cet agent inconnu, détruisant les myélines et appartenant probablement — comme celui de l'encéphalite épidémique — au groupe infravisible et ultravirus, semble se propager de préférence du liquide céphalo-rachidien vers le cerveau.

L'aspect des infiltrations inflammatoires des foyers ne laisse d'ailleurs aucun doute que cette maladie est, ainsi que les auteurs modernes l'admettent, une maladie infectieuse.

Parmi les travaux élaborés à propos de l'agent pathogène de la sclérose en plaques, celui de Steiner, qui consiste à admettre l'existence d'un spirochète, mérite bien d'attirer l'attention. Mais ce point de vue n'est pas encore généralement admis. Aussi, malgré que nous ayons, d'après l'originale méthode de Steiner, cherché des spirochètes, nous n'avons trouvé ni spirochète, ni argyrocite.



Des statistiques sus-mentionnées, on déduit que les cas de sclérose en plaques, relativement rare en Turquie, se rencontrent plutôt chez les personnes qui habitent dans les ports et surtout parmi celles qui voyagent en Europe.

A notre avis, la sclérose en plaques est une maladie qui se trouve à l'état endémique en Europe du nord et c'est de là qu'elle se transporte chez nous par l'intermédiaire des porteurs, comme la maladie de Heine-Medin qui, également rare en Turquie, n'y est apportée que de l'extérieur.

La zone de jonction myoneurale dans quelques cas pathologiques

par MM. B. Pommé et R. Noël

R. Noël a étudié, depuis plusieurs années, sur l'animal la substance, classiquement considérée comme de nature sarcoplasmique, qui s'interpose entre les ramifications terminales des nerfs moteurs et les myofibrilles.

Contrairement à l'opinion généralement admise, nous croyons que la sole est formée par la névroglie de la gaine de Schwann, qui entoure les neurofibrilles terminales comme elle enveloppe le cylindraxe avant sa dichotomisation.

Pour nous, par conséquent, la zone de jonction est l'extrémité terminale du nerf périphérique, d'où les noms de « télosomes » et « téloplasme » dont nous nous servirons tout à l'heure.

Il nous a paru intéressant d'étendre nos recherches à la zone de jonction myoneurale de l'homme (1 et 2).

Des biopsies pratiquées sous anesthésie locale ont été immédiatement fixées au bichromate-formol de Regaud, post-chromisées pendant 20 jours en moyenne, dans le bichromate de K à 3 p. 100, puis colorées à l'hématoxyline au fer de Heidenhain.

Rappelons brièvement les principaux résultats fournis par l'étude des préparations de muscle humain normal.

a) Chaque plaque motrice est pourvue d'un *appareil vasculaire* spécial qui permet de la reconnaître, même au faible grossissement. Le type fondamental est représenté par un dispositif en fourche, analogue à celui antérieurement décrit chez le chat ; mais il existe quelques variantes.

b) On observe plusieurs catégories de noyaux. Seuls nous intéressent ici les *noyaux fondamentaux* caractérisés par leur grande taille, leur couleur gris clair, leur contour ovoïde.

---

(1) R. Noël et B. Pommé. — *Revue Neurologique*, t. 1, n° 4, avril 1932.
(2) B. Pommé et R. Noël. — *Revue Neurologique*, à paraître.

c) Le *chondriome* est très abondant, constitué surtout par des mitochondries avec quelques chondriocontes courts et trapus. On constate, par places, l'existence de formes de passage, caractéristiques, selon nous, d'une activité fonctionnelle. Ces « télosomes » (R. Noël) sont, par ailleurs, tout à fait différents morphologiquement des sarcosomes visibles dans tout le muscle et, en particulier, autour de la zone de jonction myoneurale.

d) Ajoutons enfin, mais ceci est d'un moindre intérêt, que la sole protoplasmique ou « téloplasme » est divisée en logettes par un système de cloisons conjonctives, parties de la gaine de Henle.

Ces recherches allaient nous permettre l'étude de la zone de jonction myoneurale à l'état pathologique.

Nous avons choisi les affections d'ordre neurologique pouvant intéresser les muscles du point de vue trophique ou fonctionnel, en nous réservant, pour beaucoup de sujets, la possibilité d'une comparaison entre un segment malade et un segment cliniquement sain.

En général donc, deux prélèvements ont été effectués sur chaque malade en des régions autant que possible symétriques. Les pièces ont été traitées comme il a été dit plus haut.

De l'examen comparé des zones de jonction de muscles cliniquement et électrologiquement normaux et de muscles pathologiques, il est possible de conclure que les cloisons conjonctives, les noyaux fondamentaux ou de l'arborisation, les dispositifs vasculaires, sont, dans les deux cas, rigoureusement identiques. Seul, l'aspect morphologique du chondriome peut varier.



Envisageant seulement ici quelques affections neurologiques qui avaient plus spécialement attiré notre attention, nous avons classé provisoirement les résultats obtenus, en tenant compte des modifications histo-pathologiques du muscle ambiant :

A. — Intégrité qualitative et quantitative des fibres musculaires.

a) Diminution du chondriome de morphologie sensiblement normale.

b) Absence de modifications quantitatives du chondriome, mais présence de plastes.

B. — Altération qualitative de certaines fibres musculaires. Modifications variables du chondriome.



A. — Intégrité qualitative et quantitative des fibres musculaires

a) Diminution simple du chondriome. — Les biopsies sont pratiquées sur un sujet atteint de *paraplégie post-diphtérique tardive pratiquement immobilisé* dans son lit, bien qu'il ne soit pas complètement paralysé.

Les chronaxies sont *augmentées* par atteinte du nerf intra et extra-musculaire.

Les *fibres musculaires* sont intactes.

Mais la *zone de jonction myoneurale* est en état de moindre activité : le *chondriome* est *diminué* sans modification de la morphologie des télosomes.

Ajoutons une donnée d'ordre biochimique : le *taux de potassium musculaire* donne un aperçu quantitatif de la valeur fonctionnelle globale du même système neuro-musculaire (poids en centigrammes par kilogramme de tissu frais ; A. Leulier) ; or, il est faiblement diminué.

Ces faits réalisent un *type de lésion neuro-musculaire diffuse légère et bénigne* (*diffuse,* car elle intéresse les zones de jonction sans systématisation en secteur et sans atteinte individuelle de certaines fibres ; *légère,* car il y a une simple diminution du chondriome sans altérations musculaires ; *bénigne,* car la paraplégie disparaît progressivement, le chondriome devient plus abondant et le taux de potassium s'élève jusqu'aux environs de la normale.

b) Absence de modifications quantitatives du chondriome, mais présence de plastes. — Le type en est le *syndrome parkinsonien post-encéphalitique* avec tremblement.

Les *chronaxies* sont *normales* comme l'a montré G. Bourguignon.

Le *taux de potassium* l'est aussi.

Les *fibres musculaires* sont *intactes.*

Le *chondriome est abondant* et *bien coloré* (le neurone périphérique est intact), mais il existe des *plastes,* gros grains sidérophiles paraissant formés par l'agglomération de certains télosomes.

Ces plastes traduisent, semble-t-il, une fatigabilité à l'occasion des mouvements : certains faits expérimentaux viennent étayer cette hypothèse. Par ailleurs, la lassitude presque constante du parkinsonien est une constatation banale en clinique.

* * *

B. — ALTÉRATIONS QUALITATIVES
DE CERTAINES FIBRES MUSCULAIRES.
MODIFICATIONS VARIABLES DU CHONDRIOME

Deux types ont été choisis :

a) Les séquelles de paralysie post-sérothérapique.
b) Les myopathies atrophiques progressives.



a) Séquelles de paralysie post-sérothérapique. — Voici la suite des recherches et leurs résultats.

Au cours de la maladie sérique, naissent les algies, et lorsque ces dernières cessent, apparaît l'impotence fonctionnelle, puis se développe l'amyotrophie.

A ce stade, on trouve sur un muscle intéressé par la maladie sérique des *chronaxies élevées :* il s'agit de chronaxies globales (fausses chronaxies de Bourguignon) qui donnent une idée sommaire, mais pratiquement suffisante, de l'état du muscle considéré (fibres intactes, fibres lésées, fibres désintégrées, nerfs plus ou moins atteints).

Le *taux de potassium* musculaire est *fortement abaissé.* Ceci témoigne de la diminution de valeur fonctionnelle globale : l'examen histo-pathologique va préciser les détails.

Les *fibres musculaires* sont profondément lésées, mais par secteurs assez nettement limités : il existe une véritable zone de mortification avec, à la périphérie, une marge où s'organise la séparation entre le mort et le vivant.

Les *zones de jonction* sont très diversement atteintes suivant les secteurs : elles sont intactes dans ceux qui comportent des fibres saines ; ailleurs, leur chondriome est raréfié et il existe des plastes sidérophiles et aussi non sidérophiles : ces derniers, de couleur jaunâtre, paraissent les témoins de lésions irréversibles.

Six mois après les accidents, l'amyotrophie est fixée, mais la force segmentaire s'est nettement accrue, surtout avec une rééducation un peu active.

Le travail de séparation des fibres nécrosées et des fibres intactes est à peu près, mais non complètement terminé ; dans les secteurs qui ont repris vie, les zones de jonction sont riches en chondriome bien coloré ; en tissu non musculaire, on trouve de véritables cadavres de zones de jonction (plus de chondriome visible).

Les *chronaxies* sont *redevenues normales,* car seules les fibres restées saines répondent à l'excitation électrique. Mais si la forme des contractions est restée la même (qualité normale), leur amplitude a diminué : car cette dernière dépend du nombre des fibres saines, nombre nettement inférieur à celui qui existait avant les accidents sériques.

On conçoit que le *taux de potassium* musculaire reste *abaissé,* car il rend compte de la valeur fonctionnelle globale d'un muscle sain, mais diminué de volume.

Il existe vraisemblablement un *stade cicatriciel.* Mais les observations manquent.

Par contre, il est intéressant de noter, dans les muscles atteints, certaines lésions caractérisées par l'hyperplasie de l'endothélium des capillaires avec des cellules multipliées et turgescentes. Ces lésions de capillarité paraissent caractéristiques. Elles témoignent, semble-t-il, d'une irritation de l'endothélium que l'on considère généralement comme jouant un rôle dans les phénomènes de choc.

b) Myopathies atrophiques progressives. — Le processus de désintégration musculaire ressemble, dans beaucoup de ses détails, à celui qui a été brièvement noté au chapitre précédent.

Mais il existe des *différences :*

— de topographie.
— d'évolution.

1° *De topographie.* — Dans les myopathies, il n'y a pas de secteurs nettement limités. L'attaque est plus dispersée, plus diffuse. Elle est aussi plus insidieuse.

2° *D'évolution.* — *Le début* a lieu progressivement et non brutalement, les chronaxies montent à des taux très élevés et la forme de la contraction se modifie (contraction myotoni-

que). On remarque déjà, faisant contraste avec un chondriome à peine raréfié, des plastes sidérophiles et même jaunâtres. Le potassium décroît. Et rien, dans la morphologie musculaire n'attire encore l'attention.

La période d'état montre la disparition, lentement poursuivie, des fibres très inégalement atteintes et la « déshabitation » progressive des zones de jonction. *Il ne peut être enfin parlé, du point de vue histologique, de stade cicatriciel,* même dans les muscles atrophiés depuis longtemps (évolution de 20 ans).

Les lésions myopathiques, en définitive, nous paraissent à point de départ nerveux.

*
**

Tels sont, dans leurs très grandes lignes, les premiers résultats acquis par la méthode des recherches combinées cliniques, électrologiques, chimiques et histopathologiques. Ils nous encouragent à continuer.

(Institut d'Histologie de la Faculté de Médecine de Lyon et Service de Neuro-Psychiatrie de l'Hôpital Militaire Desgenettes).

Méthodes pour la démonstration du tissu conjonctif

par le Prof. A. Donaggio

de la Royale Université de Modène

Mes procédés pour la coloration élective du tissu conjonctif appartiennent à la série de mes méthodes pour l'étude des centres nerveux, et précisément correspondent aux procédés VI et VII, qui m'ont servi pour mettre en évidence dans les centres nerveux des formations non nerveuses, c'est-à-dire l'appareil périphérique de la cellule nerveuse avec ses trois composants : 1° le réseau péricellulaire, décrit par Golgi avec la méthode cromo-argentique et par moi avec le bleu de méthylène ; 2° les filaments décrits par moi, qui mettent en rapport le réseau périphérique avec le tissu environnant ; 3° les structures particulières, — également mises en évidence par moi avec ma méthode VII, — qui se retrouvent à l'intérieur de chaque maille du réseau périphérique (« raggiere » formations rayonnées) confirmées par Held et Besta. J'ai démontré, contrairement à l'opinion de Bethe et Nissl, que toutes ces formations ne sont pas de nature nerveuse.

En 1900 j'ai obtenu, le premier, avec la méthode VI un essai de coloration élective d'un appareil connettival dans le système nerveux, et précisément autour des cellules nerveuses des ganglions intervertébraux de l'homme (1). Ensuite j'ai démontré des formations semblables dans les ganglions épinaux des téléostiens. A ce point de vue, dans les ganglions intervertébraux la méthode VII ne donne pas des résultats, parce qu'on obtient des colorations citoplasmatiques. Au contraire cette méthode VII donne des colorations électives du

---

(1) A. Donaggio. — « *Rivista sperimentale di Freniatria* », 1900, fasc. II-III.

tissu conjonctif dans toutes les autres parties de l'organisme, ainsi que j'ai établi en 1909 (1), et en 1911 (2).

Pour me limiter à rappeler les résultats plus récents, j'attire l'attention sur les recherches de M. Lambertini, qui avec la *méthode VII* (*modalité A*) a réussi à mettre en évidence l'existence d'un appareil réticulo-fibrillaire à la périphérie des cellules des cartilages (3). Ce même auteur, à l'aide de la *méthode VII* (*modalité A*) a pu décrire de nouveaux détails sur la distribution du tissu conjonctif dans la rate (4).

M. Trossarelli, avec la *méthode VII* (*modalité A*) a démontré d'une façon complète la distribution du tissu conjonctif dans la neuro-hypophyse (5).

Mon aide de clinique, M. Delfini, avec la *méthode VII* (*modalité A*) a mis en évidence dans les « acervuli » de la glande pinéale l'existence d'une structure filamenteuse assez compliquée, qu'il a appelée « peloton acervulaire » ; l'existence d'un appareil qui environne le « peloton acervulaire », qu'il a appelé « appareil périacervulaire » ; et des rapports de continuité entre le « peloton acervulaire » et l' « appareil periacervulaire » (6). Avec la *méthode VII* (*modalité B*), il a précisé la conformation des îlots des fibres connettivales, dans ce même organe (7).

Entre autres, ces méthodes présentent l'avantage d'être électives, et en même temps de donner une coloration métacromatique du restant tissu, qui permet de préciser les rapports entre les formations du tissu conjonctif et les autres formations.

Méthode VII (*Modalité A*) (*fixation avec le sublimé*)

1) Fixation de fragments, ne dépassant pas 5 mm. d'épaisseur, dans une solution saturée de sublimé (Heidenhain) jusqu'à 24 heures ; après quoi, élimination de l'excès de sublimé

---

(1) A. Donaggio. — *Atti del II Congresso italiano di neurologia*, Genova, 1909.

(2) A. Donaggio. — *Nuovi dati...*, *etc.* « *Rivista sperimentale di Freniatria* », vol. XXXVII, fasc. I, 1911.

(3) G. Lambertini. — *Boll. della Società ital. di Biol. sper.*, 1931, vol. VI.

(4) G. Lambertini. — *Monitore zoologico italiano*. Suppl. al vol., 1932.

(5) A. Trossarelli. — *Rassegna di studi psichiatrici*, 1934.

(6) C. Delfini. — *Bollettino della Soc. ital. di Biologia*, vol. IX. fasc. 7, 1934.

(7) C. Delfini. — *Bollettino della Soc. ital. di Biologia*, vol. IX, fasc. 8, 1934.

avec l'eau iodique (on obtient l'eau iodique en chauffant des cristaux de iode dans l'eau distillée, et en laissant refroidir avant usage) ; changer l'eau iodique plusieurs fois, jusqu'à cessation de la décoloration ; d'ordinaire, sont suffisantes 48 heures ;

2) Passage des fragments dans la pyridine (peu de fragments dans chaque flacon) pour 48 heures, changer la pyridine après 4-5 heures, et encore une fois après 24 heures ;

3) Lavage dans l'eau distillée, 24 heures (changer l'eau distillée fréquemment ;

4) Immersion des fragments dans une solution aqueuse, 4 0/0 de molybdate d'ammonium, à laquelle on a ajouté une goutte d'acide chlorhydrique par 25 cm^3 de la solution (ne pas accumuler trop de fragments dans la solution) ; 24 heures ;

5) Lavage dans l'eau distillée, fréquemment renouvelée : 2-3 heures ;

6) Immersion dans la pyridine, 2 jours (changer la pyridine après 5-6 heures, et encore une fois après 24 heures) ;

7) Chaque fragment, attaché à un liège avec de la paraffine, est suspendu pendant 3 jours dans une solution aqueuse de thyonine *Merck* 1 : 10000 (changer la solution après 1-2 heures, après 6 heures et après 24 heures) ;

8) Immersion des fragments dans la solution aqueuse de molybdate d'ammonium, 4 0/0 : 24 heures ;

9) Lavage dans l'eau distillée, fréquemment renouvelée : 12-24 heures ; série d'alcools, xylol, inclusion en paraffine.

Coupes de 6-8 μ ; les toutes premières coupes d'ordinaire ne sont pas utilisables.

Méthode VII (*Modalité B*) (*fixation avec le formol*)

Pour cette modalité, on peut se servir du matériel fixé et conservé dans le formol depuis longtemps ; en tout cas il y faut au moins un mois de fixation.

On prélève des fragments ne dépassant pas 5 mm. d'épaisseur ; on fait le lavage des fragments dans l'eau distillée fréquement renouvelée pendant 24 heures ; passage dans le pyridine, en suivant depuis ce moment tous les passages indiqués pour la modalité précédente (A), du passage n° 2 jusqu'au passage n° 9.

***

Quand on dispose de tissu frais, il faut l'étudier avec les deux modalités A et B, en fixant des fragments avec le sublimé et d'autres fragments avec le formol 10 0/0.

Ces deux modalités (*méthode VII A et B) sont préférables à la méthode VI* qui, comme nous l'avons dit, est *d'un usage limité.* (La méthode VI consiste dans la fixation de petits fragments dans la pyridine (5 jours : changer la pyridine après 4-5 heures et après 24 heures ; chaque fragment, attaché à un liège, avec de la paraffine, est suspendu pendant 3 jours dans une solution aqueuse de thyonine Merck 1 : 10000 (changer la solution après 1-2 heures, après 6 heures et après 24 heures) ; immersion des fragments dans la solution aqueuse de molybdate d'ammonium 4 0/0 pour 24 heures ; lavage dans l'eau distillée fréquemment renouvelée, 12-24 heures : série des alcools, xylol, inclusion en paraffine).

Présentation d'un chien privé expérimentalement de sa moelle dorso-lombo-sacrée

par M. H. Hermann

Professeur de Physiologie à la Faculté de Médecine de Lyon

Depuis 1927, Cannon et ses élèves se sont beaucoup occupés du comportement d'animaux, chiens et chats, sympathectomisés, c'est-à-dire ayant subi en plusieurs temps l'ablation bilatérale des chaînes sympathiques thoraciques et lombaires. Les expériences que je poursuis actuellement dans mon laboratoire, avec la collaboration de MM. Morin et Vial, sont en quelque sorte la contre-partie des études de l'Ecole américaine. Nous portons en effet notre attention sur la physiologie de chiens auxquels nous détruisons en un seul temps, avec une technique actuellement bien réglée, toute la moelle dorsale, lombaire et sacrée. En sorte que ces animaux, à l'inverse de ceux de Cannon, possèdent encore leur sympathique, mais privé de toutes ses connexions avec la moelle. C'est un animal ainsi opéré que j'ai l'honneur de vous présenter aujourd'hui.

Il s'agit d'un chien adulte, jeune, de 18 kg., auquel nous avons détruit, le 2 mai dernier, il y a donc 77 jours, toute la moelle épinière jusqu'aux environs de la première dorsale. Nous avons d'abord détruit la moelle lombo-sacrée au moyen d'une curette introduite dans le canal rachidien, ouvert au niveau de la première vertèbre lombaire. Dans une série de temps successifs, espacés de 20 minutes en moyenne, nous avons ensuite détruit de la même manière 26 cm. de moelle dorsale, toujours à partir de la première vertèbre lombaire, mais cette fois en remontant progressivement vers la colonne cervicale que, chez ce chien, nous avons à dessein laissée intacte. Exception faite de quelques incidents sans gravité, les suites opératoires ont été excellentes et la cicatrisation de la plaie lombaire s'est parfaitement achevée en 22 jours. Le chien que vous voyez est donc amputé de toute sa moelle en arrière de la première paire dorsale, vraisemblablement ménagée. Son sympathique est ainsi séparé dans sa presque tota-

lité des centres cérébro-spinaux, mais — j'insiste sur ce point important — les pneumogastriques sont respectés et continuent à relier le bulbe aux viscères thoraciques et abdominaux auxquels la dixième paire distribue des conducteurs centripètes et centrifuges.

D'autres auteurs ont réussi à conserver avant nous des chiens à moelle détruite. Les expériences de Goltz et Ewald (1896) sont demeurées célèbres et je me borne à rappeler que les animaux de ces physiologistes étaient porteurs d'une section médullaire transversale au niveau de la moelle cervicale inférieure ou dorsale supérieure, et qu'en arrière de cette section, ils conservaient un plus ou moins long tronçon de moelle dorsale, au-dessous duquel l'axe spinal était entièrement réséqué. Il faut également citer le chien de Friedenthal (1905), dont la moelle était détruite à partir de D 5 et dont, par surcroît, les vagues et les splanchniques avaient été coupés au-dessous du diaphragme. Aucun de ces auteurs n'a réalisé des destructions médullaires aussi étendues que celles que nous avons réussi à exécuter, en une seule fois d'ailleurs, contrairement à nos devanciers qui ont opéré en plusieurs temps espacés généralement de deux ou trois mois.

Voici maintenant, rapidement énumérés, les plus importantes observations que nous avons faites sur cet animal. Il est, cela va s'en dire, paraplégié et présente une atrophie considérable des muscles des membres postérieurs et des gouttières vertébrales qui sont manifestement touchés jusqu'à la racine du cou. Les pattes antérieures ont conservé leur motilité normale, sauf la gauche qui est légèrement atteinte. L'étude de la chronaxie des muscles du train de devant permet de fixer approximativement à D I la limite de la destruction. L'anesthésie est complète dans toutes les régions correspondant aux muscles atrophiés, mais les frontières antérieures de cette anesthésie sont difficiles à préciser.

L'état général est, vous le voyez, excellent. L'animal a bien fait quelques escarres, en particulier aux points de pression ischiatiques et dans les régions où la macération est impossible à éviter, mais avec quelques soins les escarres guérissent facilement et actuellement il n'en subsiste qu'une importante à la fesse gauche, parce qu'elle s'est malencontreusement infectée.

Très exagéré immédiatement après l'intervention, l'appétit demeure bon. Les fonctions digestives ne semblent pas modi-

fiées et le transit intestinal apparaît normal ; il existe cependant une certaine paresse du gros intestin, mais la défécation spontanée est fréquente. Le rein secrète de grosses quantités d'urines qui ne contiennent ni sucre ni albumine ; la diurèse diminue toutefois considérablement lorsqu'à l'occasion de la chaleur l'animal perd beaucoup d'eau en raison de la polypnée thermique qu'il présente. La nutrition n'est pas apparemment modifiée : la glycémie est actuellement normale (1 gr. 10 pour 1000) ainsi que l'urémie et la cholestérinémie. Il faut cependant signaler que le taux sucré sanguin a d'abord fléchi (0,87 pour 1000, 6 jours après l'opération) puis a retrouvé progressivement une valeur physiologique (0,95 au bout de 17 jours, 1,10 au bout de 40 jours).

Du côté de l'appareil circulatoire, je signale que le rythme cardiaque est demeuré normal, le plus souvent ralenti, mais s'accélérant facilement à l'occasion des émotions ou de l'effort. Quant à la pression artérielle, son évolution a été la suivante.

Le soir même de l'intervention, la tension artérielle moyenne mesurée avec l'oscillomètre de Pachon est de 8 cm. Hg. Dès le lendemain elle s'élève à 9 cm., avec Mx à 13 cm. 12 jours plus tard on note Mx 15, My 10. Ces jours derniers nous avons constaté Mx 16, My 11. Le chiffre de la minima est difficile à apprécier, chez le chien, avec la méthode que nous avons employée. Je souligne que notre animal a tous ses vaso-moteurs détruits dans leur trajet médullaire ; la physiologie classique nous apprend, en effet, que l'émergence principale des vaso-moteurs de la tête, des membres et des organes thoraciques et splanchniques s'échelonne essentiellement entre D2 et L3. Or, la pression artérielle dont nous notons la valeur chez notre animal est presque normale, et *elle ne peut être conditionnée que par un tonus vasculaire régi par les appareils nerveux contenus dans les ganglions de la chaine et les plexus sympathiques*, et *peut-être aussi dans les centres ganglionnaires intra-muraux*. Les expériences que nous avons faites pour analyser les mécanismes qui règlent cette pression artérielle d'origine intégralement périphérique sont encore trop peu nombreuses pour que nous puissions en faire état ici.

La respiration est exclusivement diaphragmatique. La paralysie respiratoire des muscles abdominaux et thoraciques empêche ce chien d'émettre des sons, en sorte qu'il « aboie silencieusement ». Il apparaît très facilement de la polypnée, que celle-ci soit émotive (joie, frayeur) ou thermique réflexe.

Je souligne à ce propos que l'animal règle parfaitement sa température. Nous avons noté à plusieurs reprises un frisson thermique dans le train antérieur, et très fréquemment une polypnée thermique absolument semblable à celle des chiens normaux. Quels que soient les mécanismes mis en œuvre, le chien que je vous présente a une température rectale qui oscille autour de 39° (température physiologique du chien), la température ambiante variant elle-même entre 15 et 32°. Nous ignorons actuellement comment se comporte notre sujet aux température plus basses. A noter également que ce chien a présenté de la fièvre à l'occasion d'un hématome post-opératoire, lequel a d'ailleurs guéri sans incidents.

L'état oculaire est le suivant. Il y a manifestement de l'énophtalmie et de l'hypotonicité du globe, mais après une période initiale de myosis persistant, l'animal fait de très belles mydriases émotives (joie, frayeur). De plus les réactions de la pupille à la lumière sont toujours demeurées normales.

Voyons maintenant ce qui s'est passé du côté des sphincters. Pour la vessie, la rétention est absolue. Lorsque le contenu vésical devient trop abondant, l'animal urine par regorgement. Il faut toutefois mentionner trois circonstances particulières dans lesquelles une miction se produit qui parvient à évacuer en partie la vessie.

1° Lorsqu'avec la main on appuie sur le globe vésical, facile à sentir à travers la paroi abdominale paralysée, on évacue facilement une certaine quantité d'urine. On sent alors, au bout de quelques instants, le globe se durcir sous la main et il se produit une contraction du muscle vésical qui permet à la miction de se continuer, plus ou moins longuement. Il s'agit là, en quelque sorte, d'une miction « amorcée ».

2° A plusieurs reprises, nous avons vu la miction se déclencher également lorsqu'on exerçait des pressions modérées sur le périné ou lorsqu'on introduisait un thermomètre dans le rectum. Il est possible que ce soit là une modalité réflexe de la miction.

3° Enfin, 3 ou 4 fois, l'animal a évacué spontanément sa vessie. Ce phénomène est rare. Nous l'avons mal observé et nous n'osons encore parler chez notre sujet de miction automatique.

Le sphincter anal, non modifié après une section spinale transversale en L I devient immédiatement béant après la destruction de la moelle lombo-sacrée. Il reste ainsi, dans les

premiers jours qui suivent l'opération, puis recouvre ensuite une tonicité partielle. Actuellement, il offre des alternatives de resserrement et d'ouverture dont nous ne pouvons préciser le déterminime. Directement excitable, le sphincter anal externe n'a pas retrouvé, au bout de 77 jours, son fonctionnement physiologique et, dès que les matières fécales deviennent liquides, il y a incontinence.

Je n'insiste pas sur d'autres particularités de notre animal. Nous y reviendrons, mes collaborateurs et moi, dans d'autres publications. Je signale seulement que l'intelligence, l'affectivité, les instincts, y compris celui sexuel de ce chien, sont parfaitement conservés. Je note également qu'à l'encontre de ce qu'on aurait pu supposer *à priori*, il n'existe aucun signe de déséquilibre vagosympathique, malgré l'intégrité du système parasympathique bulbo-tectal et la séparation complète de l'ortho-sympathique des centres supérieurs.

Et je conclus. S'il est possible au chien de vivre sans sympathique, plus exactement après l'ablation des chaînes sympathiques thoraciques et lombaires, il est aussi bien possible au même animal de vivre sans moelle dorsale, lombaire et sacrée. Les faits que je viens de rapporter, et plus spécialement ceux qui concernent l'évolution de la glycémie et de la pression artérielle constituent, nous semble-t-il, *la preuve de l'existence de régulations périphériques perfectionnées.* Sans doute notre animal possède-t-il encore ses nerfs pneumo-gastriques intacts et il se peut, il est même vraisemblable, que ceux-ci participent avec importance aux régulations auxquelles je viens de faire allusion. Ce sera l'œuvre de demain d'établir, dans la mesure du possible, quelle part il convient d'attribuer, dans la vie sans moelle épinière, aux appareils nerveux que respectent nos destructions expérimentales.

(Laboratoire de Physiologie de la Faculté de Médecine de Lyon)

PRÉSENTATIONS DE MALADES

Paralysie post-sérothérapique et polynévrite diphtérique après sérum antidiphtérique

par MM. B. Pommé et H. Coumel

B. Pommé et H. Coumel présentent un malade âgé de 22 ans, chez qui ils ont observé, il y a quinze mois, la coexistence d'une polynévrite diphtérique et d'une paralysie post-sérothérapique affectant les ceintures scapulaires avec grosse majoration gauche.

Actuellement, du point de vue neurologique, persistent seules des séquelles du second syndrome : il existe une atrophie du deltoïde et du sous-épineux gauches et une diminution de la force segmentaire dans les mouvements d'antépulsion et d'abduction en particulier.

Deux biopsies avaient été faites un mois après l'agression sérique, et en période de polynévrite diphtérique à son acmé. L'examen histologique pratiqué sur la première a montré l'aspect habituel des modifications simples du chondriome de la zone de jonction myoneurale sans aucune lésion musculaire. Le taux de potassium musculaire (A. Leulier) était légèrement diminué.

L'examen cytologique de la seconde a mis en évidence, à côté de plages neuro-musculaires intactes, des secteurs comportant des altérations musculaires en évolution vers la dégénérescence, des modifications profondes de la zone de jonction myoneurale allant jusqu'à l'aspect cadavérique (disparition

du chondriome) et des aspects typiques de capillarite en tissu ne comportant plus d'éléments musculaires. Le taux de potassium était bas et les chronaxies élevées (aux environs de 50σ).

Actuellement, la force segmentaire est nettement augmentée par rapport à la période d'état (la suppléance musculaire ne paraît pas seule en cause) et les chronaxies sont normales de forme : seule, leur amplitude est moindre en raison de la diminution des fibres saines dues au long travail antérieur de séparation du nécrosé et du vivant.

Hypertrophie musculaire d'un membre supérieur à majoration distale. Anomalie morphologique isolée d'origine vraisemblablement congénitale. (*Observation* in extenso).

par MM. B. Pommé, G. Fiquet et R. Marot

C... Emilien, 21 ans, est envoyé en observation à l'Hôpital Desgenettes pour une hypertrophie du membre supérieur gauche. Il l'attribue d'ailleurs à un traumatisme assez violent survenu à l'âge de 4 ans, et ayant porté sur l'avant-bras. C'est effectivement peu après cet accident que la déformation aurait été constatée par les parents du sujet. Au cours de la croissance, la disproportion qui existe entre les volumes des deux membres supérieurs n'a fait que s'accroître. Depuis lors, l'état est resté stationnaire.

Les parents sont bien portants, et l'interrogatoire ne permet de déceler, en ce qui les concerne, aucun stigmate dystrophique. Les collatéraux (deux frères) sont normaux, bien constitués et en bonne santé. Aucun incident ne marque leur naissance et il en est de même d'ailleurs pour C... Celui-ci n'a fait, depuis, aucune maladie sérieuse, et, mise à part l'anomalie morphologique qui nous occupe, les développements physique et psychique se sont opérés d'une façon régulière.

Ce qui frappe d'emblée à l'examen du sujet c'est, nous l'avons dit, le volume exagéré du membre supérieur gauche par rapport au droit, qui est tout à fait normal. L'hypertrophie n'est toutefois pas proportionnelle ; très nette au niveau de l'avant-bras et de la main, elle est moins marquée au niveau du bras. Il en résulte *grosso modo* l'aspect d'une déformation en massue. La main est volumineuse, massive, trapue ; l'avant-bras est épais et élargi.

Les mensurations effectuées sur les divers segments viennent confirmer cette impression première :

	Côté droit	Côté gauche
Bras :		
1/3 supérieur	26 cm. 50	28 cm.
1/3 moyen	25 cm. 50	27 cm. 25
1/3 inférieur	23 cm. 50	26 cm.
Avant-bras :		
1/3 supérieur	26 cm.	29 cm.
1/3 moyen	23 cm. 50	27 cm. 50
1/3 inférieur (poignet)	16 cm.	18 cm.
Main :		
Circonférence à la racine du pouce	22 cm.	25 cm. 50

On voit donc, par ce tableau, que l'hypertrophie atteint jusqu'à 4 cm. à l'avant-bras et 3 cm. 1/2 à la main.

Par contre, la longueur du membre est normale et exactement la même que celle du côté opposé.

La palpation nous montre que les masses musculaires ont une consistance ferme, mais non dure. Le squelette ne paraît pas épaissi. Les téguments ont leur aspect habituel ; ils glissent bien sur les plans profonds ; aucun nævus, aucun œdème, aucun lacis veineux superficiel n'est visible.

Abstraction faite de l'anomalie décrite, la morphologie du reste du corps est harmonieuse ; tous les segments sont bien proportionnés, et il n'existe aucune déformation du crâne, de la face et du rachis.

L'examen neurologique, de son côté, est entièrement négatif, tant au niveau du membre hypertrophié que dans toute autre région. Les réflexes tendineux sont normaux et symétriques. Il n'existe aucun trouble de la sensibilité objective ni subjective. Les nerfs craniens sont intacts et les pupilles réagissent bien à la lumière. Seule la force segmentaire se trouve modifiée. Nous verrons un peu plus loin que cette constatation est de quelque intérêt.

L'exploration du système vasculaire nous montre des indices oscillométriques de valeur très sensiblement égale des deux côtés et non modifiés dans leur concordance par une injection de pilocarpine. Par ailleurs, cette substance entraîne des réactions sudorales tout à fait symétriques. Le réflexe pilomoteur s'établit de manière identique à droite et à gauche.

L'examen somatique est également négatif. La T.A. est de 12-8 au Vaquez-Laubry. Les urines ne renferment ni sucre, ni albumine.

L'examen ophtalmologique ne révèle aucune altération du fond d'œil, ni du champ visuel. Les épreuves labyrinthiques sont normales.

Les temps de chronaxies sont normaux et remarquablement semblables à droite et à gauche.

La radiographie des membres confirme l'intégrité du squelette, notamment au niveau du membre supérieur gauche. Tout au plus, peut-on distinguer de ce côté un très léger épaississement de la corticale du radius à son tiers moyen.

En tous cas, on ne trouve sur les clichés aucune trace du traumatisme local invoqué par le sujet.

La radiographie du crâne est également normale. Un examen à l'écran après lavement baryté permet, par ailleurs, de constater que le tube digestif est anatomiquement et fonctionnellement normal : MM. Guillain et Bize (1) ont attiré récemment l'attention sur l'utilité de cette recherche.



En somme, ce qui fait l'intérêt ce ce cas, c'est l'existence d'une anomalie morphologique strictement localisée à un membre et ne s'accompagnant d'aucune modification d'ordre neurologique, vasculaire, ou somatique.

Différentes données permettent d'établir que cette hypertrophie s'est développée aux seuls dépens du tissu musculaire.

En effet, l'hypothèse d'une malformation d'origine osseuse est formellement éliminée par la radiographie, qui révèle un aspect normal du squelette. Par contre, l'examen clinique permet de constater que les muscles sont volumineux et épaissis, surtout à la face antérieure de l'avant-bras et de l'éminence thénar. L'impression que l'on recueille à la palpation est d'ailleurs corroborée par l'examen à l'écran, qui montre une augmentation nette des ombres musculaires à gauche. Il s'agit donc, en définitive, d'une anomalie du muscle, mais avec ceci de très particulier qu'elle n'entraîne aucun déficit fonctionnel. En effet, le muscle hypertrophié semble avoir conservé sa structure normale ; il est ferme, élastique au palper, tout

(1) Hémihypertrophie du corps, de type congénital, total et pur, associé à un dolichocolon. *Revue Neurologique,* tome I, n° 1, janvier 1934, p. 77.

comme un muscle sain. Sa consistance est toute différente de celle qu'il peut présenter au cours de certaines lésions portant sur les éléments nerveux.

Nous ne discuterons pas ici l'hypothèse de syringomyélie à forme hypertrophique : ni les résultats de l'examen actuel, ni les commémoratifs ne nous permettent de nous engager dans cette voie.

Plus intéressante à envisager nous paraît être la possibilité de l'étiologie traumatique. Lhermitte a, en effet, décrit dans ces conditions (1) une dégénérescence spéciale des masses musculaires, celles-ci augmentant de volume, mais devenant dures, ligneuses, tandis que les téguments prennent une teinte cyanique et que des phénomènes parétiques apparaissent. Il s'agit là, d'ailleurs, en réalité, d'une pseudohypertrophie par myo-scléro-lipomatose, en relation avec une atteinte des fibres sympathiques.

On voit qu'il n'existe ici rien de semblable. Le système sympathique est, en effet, hors de cause, et, d'autre part, il s'agit sans doute d'une hypertrophie vraie. Ce qui, en effet, est en faveur de cette hypothèse, c'est que, non seulement le membre a conservé sa valeur fonctionnelle, mais encore celle-ci semble nettement accrue, ainsi qu'en témoigne l'épreuve dynamométrique (50 à droite, 54 à gauche, à l'appareil de Collin). Le sujet, d'ailleurs, avoue être plus robuste du côté gauche, et il précise que sa main gauche lui sert à effectuer les travaux de force, tandis que la droite est réservée à l'exécution des manœuvres plus délicates.

Il est donc permis d'estimer que le sujet, au moins actuellement, tire bénéfice de sa malformation. Il resterait maintenant à déterminer l'origine de cette dernière. Il ne semble pas logique de l'attribuer au traumatisme local reçu à l'âge de 4 ans, lequel n'a laissé aucune trace superficielle ni profonde. On est donc autorisé à admettre la nature congénitale de cette hypertrophie musculaire. Malheureusement, il ne nous a pas été possible d'obtenir des photographies du sujet alors qu'il était tout jeune, et ainsi il nous manque une raison importante de croire à l'hypothèse que nous avançons.

Mais il nous a paru que cette anomalie morphologique était assez exceptionnelle pour mériter la présentation du sujet.

---

(1) J. Lhermitte. — Hypertrophie musculaire apparente consécutive aux lésions chirurgicales et médicales des nerfs périphériques. *Paris Médical*, 1er octobre 1932.

Occipitalisation de l'atlas et réduction numérique des vertèbres cervicales avec déhiscence des arcs postérieurs

par MM. B. Pommé et R. Marot

Chez ce soldat âgé de 20 ans, on retrouve très nettement les *trois particularités cliniques* signalées par Klippel et son élève Feil :

— Brièveté du cou ;
— Implantation basse des cheveux ;
— Limitation des mouvements de la tête.

De plus, il existe une inclinaison de tête à gauche (*torticolis* de type osseux).

Du point de vue *radiographique* (P. Buffé), on note les malformations suivantes :

a) Réduction numérique des vertèbres cervicales. Articulations intervertébrales cervicales ressemblant d'un côté à celles de l'atlas axis et gardant de l'autre le type normal. Déhiscence des arcs postérieurs de la 1re à la 6e vertèbre incluse ; cyphose basilaire marquée.

b) Occipitalisation de l'atlas bilatérale, à majoration unilatérale (rendant compte de l'inclinaison de tête).

Il n'existe *aucune autre malformation* osseuse ou viscérale. Les examens somatique (poumons) et neurologique sont entièrement négatifs.

Les auteurs discutent le diagnostic différentiel et envisagent le pronostic, rappelant que les malformations osseuses semblent être, jusqu'à un certain degré, des lésions évolutives.

Torticolis douloureux
Spina bifida de la colonne cervico-dorsale

par MM. B. Pommé et R. Marot

B. Pommé et R. Marot rapportent l'observation d'un sujet âgé de 22 ans, hospitalisé pour torticolis douloureux. Il accuse, depuis deux ans, des algies cervico-brachiales de type radiculaire. L'index oscillométrique est abaissé aux membres supérieurs. Les réactions sérologiques sont négatives. Le liquide céphalo-rachidien est normal.

L'examen radiographique montre une déhiscence au niveau des arcs postérieurs de la septième cervicale, des première, deuxième et quatrième vertèbres dorsales, avec scoliose à concavité droite de la colonne cervicale.

La malformation est donc restée latente jusqu'à l'âge de 20 ans.

Les auteurs relatent les particularités des cas de *spina bifida* de la colonne cervicale inférieure et dorsale supérieure qu'ils ont pu retrouver dans la littérature.

Ils signalent le faible retentissement des *spina bifida* de la colonne cervico-dorsale sur la morphologie générale de l'individu et opposent cette forme à celle qui a été décrite par Klippel et Feil.

Enfin, au sujet de l'apparition récente du syndrome douloureux révélateur de malformation osseuse, sont rappelés les travaux de A. Léri et ceux de G. Guillain et P. Mollaret.

Subluxation en avant de la cinquième vertèbre cervicale et des sus-jacentes. Ecrasement partiel de la sixième.

par MM. B. Pommé et R. Marot

B. Pommé et R. Marot présentent un sujet âgé de 35 ans chez lequel un écrasement partiel de la sixième vertèbre cervicale avec subluxation en avant de la cinquième et des sus-jacentes ne se traduit, un an après le traumatisme initial, que par une raideur du cou dans les mouvements latéraux et une légère impotence fonctionnelle des membres supérieurs.

Les auteurs insistent sur les points suivants :

a) La chute par vertige d'origine labyrinthique paraît s'être effectuée sur la tête, le cou en flexion forcée : ce mécanisme peut être retenu ici comme possible sinon vraisemblable : il détermine (Dervieux, Lyon-Caen et Gignoux) un écrasement cunéiforme avec subluxation.

b) Les commémoratifs révèlent, après la perte de connaissance du début (chute sur la tête), les signes d'une commotion spinale par fracture et subluxation au niveau de la colonne cervicale. Après une quadriplégie avec troubles sphinctériens très passagers, sont survenues des douleurs (comparées à des cuissons, des brûlures ou des torsions) ; et, en même temps que les algies, signes constants dans les commotions spinales, il existait, semble-t-il, des troubles de la coordination motrice des quatre membres, plus marqués et plus tenaces aux membres supérieurs.

Actuellement, persiste seule, chez ces derniers, une fatigabilité légère.

c) Le contraste entre l'importance des lésions du squelette et la pauvreté des signes cliniques est bien connu dans les cas

de subluxation avec ou sans fracture. Il y a, dans ces cas (et cette observation en est un nouvel exemple), absence de signes importants trophiques, moteurs, sensitifs ou sympathiques, extériorisant une compression ou des lésions hémorragiques intramédullaires. De ce point de vue, la remarque de M. Duvoir est intéressante, qui oppose les luxations du rachis cervical à pronostic grave à de simples subluxations, dont le retentissement médullaire est peu marqué et les séquelles neurologiques vraiment minimes.

COMMUNICATIONS
DE MÉDECINE LÉGALE PSYCHIATRIQUE

Des condamnations dans les antécédents des jeunes pervers (arriérés sociaux ou déséquilibrés), engagés volontaires dans l'armée.

par MM. B. Pommé, R. Marot et J. Lacroix

(de l'Hôpital militaire Desgenettes de Lyon)

Nous n'avons pas l'intention de revenir sur les problèmes généraux que pose l'existence des pervers (encore appelés fréquemment déséquilibrés affectifs ou arriérés sociaux).

Nous désirons simplement vous soumettre les réflexions que nous suggère l'examen d'une centaine de prévenus militaires avant leur comparution devant le Tribunal militaire permanent de Lyon.



Elles sont de deux ordres.

Les premières sont bien connues et nous ne ferons que les mentionner.

Plus de la moitié des prévenus sont des pervers (1).

Parmi ceux-ci, 80 % sont des « engagés de 3 à 5 ans », c'est-à-dire font partie des cadres de l'Armée active.

Les motifs d'inculpation sont toujours les mêmes : aban-

---

(1) Citons les travaux récents : Les déséquilibrés dans l'Armée, par M. Gauthier. *L'Hygiène mentale*, n° 9, novembre 1928 et Communication de M. Potet au Congrès de Rabat, XXXVIIe session, avec la discussion qui a suivi.

don de poste, désertion, insoumission à la loi sur le recrutement, vol, dissipation d'effets, violences.

Chez les trois quarts de ces prévenus, on remarque, dans les commémoratifs, un milieu familial dissocié. Chez les autres, quel que soit le milieu, l'éducation de l'enfant et de l'adolescent n'a comporté qu'un minimum d'obligations et de sanctions.

***

Mais voici le point un peu particulier sur lequel nous désirons attirer votre attention.

Parmi les engagés, une proportion élevée (plus de 60 %) des prévenus arriérés sociaux avaient subi des condamnations antérieures à l'acte d'engagement, et 20 % à peine, parmi ces condamnés, n'avaient jamais « bénéficié » de l'application du sursis lors de leurs premiers délits.

Les quelques exemples suivants, très résumés, illustrent nos constatations.

— Tirailleur L... Mère morte peu après la naissance du prévenu, père éthylique. Inculpé de vol en mars 1932. Engagé volontaire pour trois ans, en juillet 1931, au sortir de la maison d'éducation surveillée de A..., où il avait été adressé après sa condamnation pour vagabondage. Sont mentionnés, en effet, sur le relevé des bulletins n° 1, une condamnation en 1928, à Nancy, pour vol (4 mois avec sursis), et un jugement de 1929 du Tribunal de la Seine. « Acquitté comme ayant agi sans discernement. Envoyé à la maison d'éducation surveillée de A... » On sait la suite.

— Canonnier R... Père mort au cours de la première enfance. Mère prostituée et alcoolique. Engagé pour 5 ans en novembre 1930. Inculpé de vol en février 1932. Avant l'engagement (1928), condamné pour vol par le Tribunal de Saint-Etienne, à 6 mois de prison avec sursis.

— Chasseur Alpin D..., engagé pour 3 ans. Inculpé de désertion à l'intérieur en temps de paix. Condamné antérieurement avec sursis pour vagabondage et pour vol de bicyclette.

A côté de ces antécédents d'ordre judiciaire, il est utile de signaler l'importance de documents semblables à celui dont nous reproduisons ici les principaux passages : on sait que l'Assistance publique et aussi les maisons d'éducation surveillée fournissent à l'Armée un contingent, et qui n'est pas

négligeable, d'engagés, et parmi ces derniers, surtout dans le second cas, nombre d'arriérés sociaux.

« En réponse à votre demande, j'ai l'honneur de vous faire connaître que l'ex-pupille M. G..., admis à l'Assistance de H. S. par arrêté..., s'est révélé, pendant son passage à l'Assistance, comme un individu de caractère faible, se laissant aller à de mauvaises fréquentations, ayant la manie des évasions. C'est ainsi qu'il s'est enfui sans motif sérieux de chez ses patrons, notamment en mai 1928, octobre 1928, avril 1929 et novembre 1929. »

Devenu chasseur dans les chars de combat, M... est inculpé en 1930, de vols d'effets appartenant à l'Etat et de désertion à l'intérieur en temps de paix.

***

Nous n'insisterons pas sur la nocivité bien connue de la généralisation des sursis : le chasseur alpin D..., dont nous avons déjà parlé, deux jours après sa condamnation avec sursis par le Tribunal de Belley pour vagabondage, vole une bicyclette pour aller « vivre dans un nouveau pays ».

Le capitaine de recrutement dans le bureau duquel servait le soldat S..., inculpé de vol et escroqueries, écrivait dans son rapport : « A la suite du faux qu'il a commis (antérieur à l'inculpation d'ordre militaire), faux pour lequel il a été condamné par le Tribunal correctionnel à un mois de prison avec sursis, j'avais fait sur lui un rapport assez favorable. Bien qu'il ait accepté une somme de 50 fr. pour commettre ce faux, je croyais à une défaillance passagère. »



La série des faits accumulés dans les expertises paraît pouvoir apporter une contribution à la distinction entre les pervers congénitaux et les pervers acquis. A ce propos, rappelons une définition récente de MM. X. et P. Abély : « Le délinquant morbide est un pervers primitif, originel, tandis que le délinquant normal est un pervers secondaire, un dévoyé, un perverti. »

Le premier est un délinquant précoce : une éducation bien conduite ne peut freiner sa tendance à transformer le désir en réalisation rapidement conçue et exécutée, sans tenir compte

ni du risque, ni du profit. Comme le fait observer M. Heuyer, l'enfance du pervers constitutionnel est remplie de délits.

Le second, au contraire, est un délinquant plus tardif. Son activité antisociale est plus réfléchie ; elle est susceptible d'être modérée et même arrêtée par des raisons logiques ou par la crainte d'une sanction : nous soulignerons plus loin, au passage, ce caractère d'intimidabilité.

Mais les sanctions que nous avons relevées dans les commémoratifs de nos prévenus ont commencé dans leur presque totalité au cours de l'adolescence. Et nous avons vu que souvent « les fondements de la famille sont mal assurés », suivant la remarque que met Euripide dans la bouche d'Héraclès.

Il y a, néanmoins, dans beaucoup de cas, des raisons qui permettent nettement d'envisager un gros facteur constitutionnel. C'est dire, sans que nous puissions entrer dans de plus amples détails, que le diagnostic entre « constitutionnel » et « acquis » nous paraît pratiquement impossible au cours des examens obligatoirement rapides qui constituent l'incorporation des engagés.

Mais nous verrons que cette distinction clinique, bien que d'un grand intérêt pour l'expertise médico-légale à l'occasion d'un incident anti-social, perd beaucoup de son importance en prophylaxie militaire.

*
**

Pour réaliser cette défense, les renseignements sur les commémoratifs sociaux, et en particulier les condamnations antérieures peuvent aider singulièrement le médecin d'armée.

L'accord est à peu près établi sur le point suivant : la thérapeutique peut être tentée et efficacement en milieu civil, mais elle échoue le plus souvent dans l'Armée : au dernier Congrès des Aliénistes, MM. Anglade, Fribourg-Blanc, Potet, Titeca ont insisté sur ce point ; M. Adam a soulevé la question des déséquilibrés légers qui sort du cadre de notre sujet.

Mais comme l'a fait observer M. Fribourg-Blanc, « il faut toujours établir une distinction absolue entre la question d'aptitude au service militaire et celle de la responsabilité pénale. Tel sujet pervers, essentiellement indésirable dans l'Armée où il n'est qu'un élément de désordre et un germe de contagion, peut néanmoins être parfaitement responsable de ses actes ».

C'est alors qu'interviennent la « thérapeutique préventive »

ou la « psychothérapie inhibitrice », et que peuvent, le cas échéant, s'appliquer les distinctions entre les délinquants déséquilibrés, polymorphes et les récidivistes normaux dont la délinquance est souvent moins étendue, plus spécialisée. L'expert ayant proposé une sanction, non seulement dans l'intérêt de la discipline, mais dans celui, bien compris, d'un sujet qu'il juge encore intimidable, estime que la sanction réelle est susceptible de donner plus de coloration affective aux notions de défendu et de permis, donc plus de puissance dans le freinage de l'impulsion.

Mais dès que la peine est terminée, le médecin psychiatre interrompt un service qui se prolonge souvent au delà de la durée légale, car il est impossible de tenter leur rééducation en milieu militaire. Citons de ce dernier point de vue l'exemple d'un arriéré social, non engagé mais appelé celui-là (ce qui est peu fréquent) et au sujet duquel l'un de nous écrivait en 1930 : « Une chose attire d'emblée l'attention, c'est que le conducteur P..., incorporé le 7 avril 1921, est encore dans l'armée active. L'état signalétique et des services le concernant mentionne un changement de corps par mesure disciplinaire en juin 1922, une désertion au mois de juillet de la même année. Ramené au Corps en septembre, il est condamné à deux ans de prison. Après une remise de peine de dix mois, il déserte en 1923, et est condamné à six mois de prison. Il déserte en 1924, et est condamné par le Tribunal correctionnel de Privas à quarante jours de prison pour vol, et par le Tribunal de première instance de Pontoise à trois mois et un jour de prison pour vol. Le Conseil de Guerre de la 20[e] région le condamne à la peine de 15 mois de prison pour désertion à l'intérieur en temps de paix. Le 8 octobre, il est condamné par le Tribunal correctionnel de Nancy à 4 mois de prison pour vol ; il s'évade et, le 18 mai 1927, le Conseil de Guerre de la 20[e] région lui infligeait trois ans de prison pour désertion à l'intérieur.

En ce qui concerne la désertion actuelle, le rapport du Capitaine commandant l'Unité mentionne que P..., arrivé le 11 mars 1930 au sortir de la Maison Centrale de Clairveaux, après avoir été engagé à changer de ligne de conduite, parut résigné à terminer son service militaire interrompu tant de fois par des désertions. Malgré la promesse faite, trois semaines après, il faisait une absence illégale de 36 heures, qui était sanctionnée par huit jours de prison. Le 17 avril, il était puni de 6 jours

de salle de police pour avoir manqué à un contre-appel fait au cours de la nuit. Finalement, il désertait de nouveau (mai 1930). »

Une réforme N° 2 devait interrompre pour le temps de paix ce service interminable.

*
**

La méthode de défense sociale militaire que nous venons de rappeler a rendu d'incontestables services. Mais elle est longue, parfois difficile, onéreuse pour l'Etat, dangereuse pour l'entourage (on sait la facilité avec laquelle les débiles suivent, avec leur manière propre, les exemples anti-sociaux du pervers). Elle n'est pas enfin, et surtout, prophylactique au sens propre du terme.

Il est, en effet, beaucoup plus logique, du moins en théorie, de ne pas admettre d'arriérés sociaux dans les rangs de l'Armée active et de surveiller étroitement, de ce point de vue, la sélection du contingent.

L'effort a été tenté et se poursuit avec succès, et c'est dans ce travail de choix à l'origine que la connaissance des condamnations antérieures est singulièrement utile.

Jusqu'à ces dernières années, les jeunes pervers, nombreux dans les rangs des candidats à l'engagement volontaire, avaient échappé à l'observation médicale, en raison de l'insuffisance de renseignements sur leurs antécédents sociaux. Lorsqu'ils étaient admis, grâce à leur bonne constitution physique et à leur absence de grosse déficience intellectuelle, une faute grave d'ordre militaire était la première manifestation éclatante de leur déséquilibre. Nous avons vu la suite des événements : instruction de l'affaire, expertise psychiatrique, jugement du Tribunal militaire, exécution de la sanction s'il y avait lieu, et enfin réforme définitive N° 2 (non valable en temps de guerre).

Or, voici les mesures actuelles qui tendent à réaliser vraiment une prophylaxie.

Aujourd'hui, le candidat à l'engagement subit d'abord une visite médicale uniquement du point de vue aptitude physique. Si le sujet n'est pas éliminé, le recrutement demande une enquête de gendarmerie sur les antécédents familiaux et personnels (« situation exacte de famille, degré d'instruction scolaire et professionnelle, antécédents, conduite, probité, fréquentations, réputation, éthylisme, plénitude des facultés mentales »). En même temps lui sont adressés les résultats d'une enquête menée par la Sûreté, et un extrait du casier judiciaire.

Ce dossier est transmis au chef de corps commandant l'unité où désire servir le futur engagé : celui-ci est libre d'accepter ou de refuser. Mais de plus en plus actuellement, avant de prendre une décision, le chef s'adresse à son conseiller technique, le médecin du régiment, qui déjà, à la lecture des différentes pièces dont nous venons de parler, possède beaucoup d'éléments pour juger de l'aptitude ou de l'inaptitude à contracter un engagement.

Celui-ci ne doit être, en aucun cas, l'aboutissement logique des insuccès de la vie antérieure. En d'autres termes, il ne faut pas voir en lui la conséquence directe de la plus récente impulsion de l'intéressé ou le fruit de la décision laborieuse d'un conseil de famille mettant, en dernière analyse, toute sa confiance dans la « vertu éducative de l'Armée ». La courbe sociale antérieure est, en effet, caractéristique. Comme l'écrivent MM. X. et P. Abély, « leurs histoires sont calquées l'une sur l'autre... Mais ce qui est vraiment spécifique, c'est la conduite générale de leur vie, leurs bizarreries constantes qui échappent au bon sens, leur odyssée émaillée non seulement d'épisodes délictueux, mais encore de complications incessantes avec les divers milieux sociaux ». Dans l'enquête d'incorporation, non seulement l'extrait du casier judiciaire, mais les renseignements fournis par la Gendarmerie et la Sûreté sont des documents très utiles.

Dès lors, la décision est relativement aisée sans qu'il soit indispensable de mettre en œuvre une observation de longue durée. Le médecin incorporateur échappe à la tendance, assez fréquente chez l'expert examinant un délinquant récidiviste par exemple, à porter une partie de son attention sur le délit lui-même. Comme l'écrivent les auteurs précédents, « la vie de ces malades forme un tout ; et l'incident antisocial, détaché de l'ensemble, perd une grande partie de sa valeur diagnostique ». Or, c'est précisément cette impression d'ensemble, dans ses grandes lignes, qui importe le plus au médecin d'armée pendant l'incorporation des engagés. Qu'il s'agisse d'un arriéré social, d'un récidiviste, ou même (nous n'avons pas abordé ce point) d'un délinquant constitutionnel spécialisé, l'acte prophylactique est le même : la non-acceptation dans les cadres de l'Armée.

Un bon nombre d'hommes aptes du point de vue physique sont ainsi éliminés de l'armée de métier : signalons, à titre d'exemple, que, depuis un an, dans une unité du 14[e] C.A.,

cinquante pour cent à peine des candidats physiquement aptes ont été retenus.

Il va de soi (mais ceci sort un peu de notre exposé) que de pareilles mesures ne sont pas appliquées pour le contingent annuel. Cependant, les jeunes appelés qui ont fait l'objet de poursuites ou de condamnations, sont signalés au chef de corps, et un extrait des bulletins N° 1 leur est adressé. Ils sont, par la suite, l'objet d'une surveillance médicale et militaire et sont, au besoin, éliminés de l'Armée du temps de paix.

Voici un exemple : Tirailleur G..., inculpé de dissipation d'effets militaires et désertion. Alcoolique spécifique. Condamné à l'âge de 15 ans pour infraction à la police des Chemins de fer ; à 16 ans, violences exercées sur une femme et vagabondage spécial ; à 19 ans, cambriolage ; à 21 ans, coups et blessures.

*
**

En somme, nous avons voulu attirer votre attention, non pas sur la notion, devenue banale, de la grande proportion de jeunes pervers, engagés volontaires, parmi les délinquants de l'Armée, mais sur la fréquence, chez ces derniers, des condamnations antérieures. Le relevé des bulletins N° 1, en particulier, rappelle l'importance des antécédents sociaux chez le futur engagé qui est destiné à faire partie du cadre actif. Ce « casier » ne porte pas toujours, nous le savons, la mention néant. Mais alors même qu'il est vide, il souligne, par sa présence, la nécessité, pour le médecin de l'unité, de connaître ce que nous serions tentés d'appeler les incidents mineurs, réalisés par les impulsions non arrivées jusqu'aux délits, et l'état interparoxystique à base d'instabilité professionnelle.

Grâce aux mesures récentes, la prophylaxie dans l'Armée tend à devenir précoce. Souhaitons que, dans un avenir rapproché, cet effort soit intimement lié à celui des centres de triage infantile, source d'observations amplement documentées, et aussi à celui des organisations pour adultes de protection sociale, grâce auxquelles sera achevé et agrandi jusqu'à la collectivité tout entière le geste de self-défense de l'Armée.

M. Frantz Adam (Rouffach). — Les mesures nouvelles, dont on vient d'exposer le mécanisme, et qui permettent à l'autorité militaire de se mieux renseigner sur le passé des jeunes gens désirant contracter un engagement dans l'armée, me donnent

tout à fait satisfaction. Elles permettent en effet de refuser les sujets tarés qui voudraient entrer dans les rangs de l'élite qui constituera l'armature de l'armée en cas de guerre : les sous-officiers. Elles laissent par ailleurs, cependant, au chef de corps la possibilité d'admettre *exceptionnellement* des sujets qui, j'en ai eu récemment un exemple, peuvent avoir eu, avec Dame Justice, des démêlés sans grande importance.

Par ailleurs, comme je l'aí déjà dit à Blois et à Rabat, j'insiste pour que l'on n'élimine pas de l'armée, sous prétexte d'arriération sociale, des sujets qui peuvent être utilisés, non pas comme sous-officiers, mais comme soldats appelés à certains emplois, dans les conditions que notre bon Maître Régis a établies au cours de ses conférences à l'Ecole de Saint-Maixent.

M. Wahl (Marseille) signale les organisations qui, à Paris, à Marseille et ailleurs font, pour le compte de la justice et à l'aide d'infirmières visiteuses, des enquêtes sur le milieu social et l'état mental de ces pauvres sujets.

Les résultats de ces enquêtes dressées en triple exemplaire sont joints au dossier judiciaire et au dossier qui accompagne l'enfant dans ses divers séjours.

Schizophrénie et expédition militaire

par le Dr Wahl (de Marseille)

Dans un travail encore inédit, j'ai résumé les observations des malades militaires et marins de l'Etat entrés à l'Asile de Marseille pendant la période 1854-56, à l'époque de la guerre de Crimée. Ils sont très peu nombreux et nous sommes en droit de penser que ce nombre très faible déjà doit encore être diminué d'un certain nombre de sujets (vétérans de la marine, détenus des prisons militaires) dont la maladie ne saurait être mise sur le compte des fatigues des expéditions, abus en cours. Nous sommes également autorisés à penser que les évacués représentent à peu de chose près les « blessés du cerveau », du corps expéditionnaire, puisque alors l'Asile de Pierrefeu (Var) n'existait pas et que Nice était à cette époque terre étrangère. Les registres de l'Asile d'Aix, que nous avons feuilletés, ne comportent qu'un nombre infime de militaires. Il est possible — je n'en sais rien — que quelques malades aient été évacués à Montdevergues (Vaucluse) ou plus loin encore, mais il ne peut s'agir que de cas exceptionnels. Un certain nombre des officiers surtout ont certainement été dirigés sur la maison impériale de Charenton. Mais pour une armée qui, à un certain moment, atteignait 500.000 hommes, tout cela ne saurait être comparé à ce que nous avons vu pendant la guerre de 1914-1918 et même depuis sur des contingents relativement faibles, occupés sur les théâtres d'opérations extérieurs et les pays sous mandat. D'autant qu'un certain nombre d'aliénés de ces dernières catégories ont été rapatriés par d'autres ports que Marseille (Bordeaux et Saint-Nazaire notamment).

Dans l'article auquel je fais allusion, je cherche à montrer que les conditions de recrutement et de composition des armées de métier, comme on les désigne aujourd'hui, donnaient des soldats tout différents de ceux de nos armées contemporaines ; ces hommes, lentement adaptés à la profession des armes, n'avaient pas les peurs et les préoccupations de « nos bleuets, nos coquelicots » et de nos réservistes et ter-

ritoriaux arrachés à leurs affaires, à leurs familles, à leur milieu et donc l'instruction militaire a été hâtive et même incomplète.

Nous n'avons relevé que très peu, 5 à 6 cas seulement, de confusion mentale sur de jeunes appelés ou engagés, autant que la terminologie alors en usage permet d'interpréter les faits en langage moderne. Constatons aussi l'absence complète de folie par plaie du crâne, peut-être liée à la gravité des trépanations d'alors (Legouest) toujours secondaires.

Je laisse de côté l'étude des victimes de la grande guerre au point de vue psychiatrique ; elle a été faite, et très complètement, par de plus compétents que moi, mais je voudrais dire un mot de faits que j'ai observés, que d'autres que moi ont vus et sur lesquels personne, à ma connaissance, n'a encore attiré l'attention.

Dans un premier groupe, comprenant cinq cas, il s'agit de sous-officiers de carrière ayant déjà une durée de service assez longue, d'un à quatre ans, qui avaient jusqu'alors bien supporté le métier militaire dans les garnisons de France ou de l'Afrique du Nord, qui parfois même avaient fait colonne. Envoyés sur les théâtres d'opérations extérieurs, ces sous-officiers avaient commencé ou continué des études nécessaires pour se présenter à l'une ou l'autre de nos écoles d'élèves-officiers. La plupart de ces jeunes gens n'avaient qu'un assez mince bagage scolaire et n'avaient que le temps minimum de grade de sous-officier pour pouvoir être admis à ces difficiles concours. Ils étaient fort handicapés. En colonne, alors que leurs camarades se reposaient au bivouac de leurs fatigues physiques, eux, ils étudiaient, apprenant dans les livres ou s'exerçant aux épreuves techniques ou physiques, et lorsqu'ils contractaient un accès palustre, la dysenterie, la dengue ou d'autres maladies infectieuses, il se produisait chez eux une dépression anormalement accentuée qui était suivie de désordres mentaux du type confusionnel et souvent même de signes de la série schizophrénique. On les rapatriait le plus rapidement possible et dans les conditions les moins défavorables, mais ils arrivaient à Marseille dans un état physique médiocre, parfois même avec des signes de prétuberculose. Très rapidement, parfois le jour même, les services de l'Hôpital Militaire les évacuaient sur l'Asile. En général, ces sujets, une fois au calme, bien nourris, traités médicalement, guérissaient rapidement, reprenaient de l'embonpoint et, après une convalescence rela-

tivement courte, ils avaient recouvré leur équilibre mental. Un seul n'a pas guéri, mais il présentait une hérédité fâcheuse : sa mère était d'un très faible niveau intellectuel ; ce cas n'a pas évolué vers la démence précoce, mais vers une forme confusionnelle à rechutes avec, au moment des paroxysmes, des idées d'indignité et de vagues idées de suicide.

J'élimine du cadre de cette étude, d'autres sous-officiers, plus ou moins tarés héréditairement, anciens engagés volontaires, non de ceux dont on fait des officiers, mais de ceux, toujours trop nombreux, qui s'engagent sans raison plausible ou souvent avec trop de raisons et qui, à un fonds intellectuel déjà médiocre ajoutaient les toxiques les plus divers, les excès vénériens ou la syphilis. On connaît bien aujourd'hui cette catégorie de sujets qui a tout particulièrement été fréquente à l'époque où, après la guerre, on a accepté dans l'armée et surtout dans les corps coloniaux ceux qui n'avaient point trouvé d'emploi civil.

A fortiori, ce que je viens de dire des sous-officiers s'applique-t-il avec plus de raison encore aux simples soldats, surtout à ceux que leur conduite empêche d'obtenir un avancement que leurs états de service sembleraient comporter, mais qui n'offrent point les garanties que l'on est en droit d'exiger des gradés. Cette question est aujourd'hui bien connue et les travaux auquels elle a donné lieu sont aussi remarquables par leur nombre que par leur valeur (Régis, Simonin, Haury, Rebierre, Jude, Consiglio, Fribourg-Blanc, etc.).

Je voudrais attirer l'attention vers un groupe beaucoup plus limité et bien spécial dont j'ai pu recueillir d'assez nombreuses observations. Il s'agit de jeunes gens relativement instruits qui, après des échecs à des examens, partent au régiment, soit comme appelés, soit comme engagés. Leur moralité est excellente, leur intelligence normale et très rapidement ils s'adaptent à leur nouvelle situation. Ils demandent à partir pour les théâtres d'opérations extérieurs, s'y montrent pleins d'entrain, mais contractent successivement le paludisme, la dengue, la dysenterie et parfois même, en plus, une vulgaire blennorrhagie. Ils sont alors évacués dans des états cachectiques graves, avec des signes de tuberculose indiscutable et des troubles mentaux confusionnels, parfois avec mutisme. Ces volontaires non par mauvaise volonté, mais par incapacité de former un concept, ne peuvent rien dire de leur histoire. Ces états se terminent parfois par la mort avant que les médicaments recons-

tituants aient eu le temps d'agir mais, lorsque l'état se prolonge, la guérison se produit dans les meilleures conditions. Parmi les cas que j'ai observés, j'en relève deux qui sont particulièrement intéressants parce que les sujets, sans avoir jamais été camarades, ni au régiment, ni auparavant, n'étaient pas des inconnus l'un pour l'autre. Le premier en date était le jeune X..., qui était dans un état très précaire et que nous avons guéri en six mois environ. X... est le fils du Commissaire central de police de N... Son état était véritablement alarmant au début. Un an et demi après, entrant dans notre service, le jeune Y..., à peu près du même âge que X..., et fils d'un brigadier de police de cette même ville de N..., et qui était lui aussi gravement atteint. Ils venaient tous deux d'Asie-Mineure, l'un du Liban et l'autre de Syrie. Le père de Y..., qui avait connu le résultat heureux que nous avions obtenu avec le fils de son chef, nous a toujours témoigné une confiance absolue qui s'est trouvée par la suite entièrement justifiée, mais le traitement a été de beaucoup plus longue durée.

Le jeune A..., cultivateur-vigneron dans le département de l'Hérault, est appelé au régiment peu de temps après la guerre et fut envoyé en Syrie. Il y contracta les maladies habituelles sous ce climat, et cachectisé par ses souffrances, il fut rapatrié en France. Il présentait des signes très nets de tuberculose pulmonaire au début. Au bout de quelque temps, assez nettement amélioré, sa famille demanda et obtint de l'autorité militaire qu'il fût renvoyé dans l'Asile de son département. Il y resta plusieurs mois, s'améliorant de plus en plus et finit par sortir entièrement guéri. Le 1er janvier de l'année suivante, nous recevons de lui une longue lettre, normale à tous les points de vue, et de ses parents un court billet nous disant qu'il était redevenu normal et ayant repris sans particularité notable sa vie habituelle et ses occupations.

Il en a été de même d'un autre malade, B..., caporal colonial, fils d'un chef de gare des chemins de fer d'Orléans. Nous pourrions rapporter d'autres exemples analogues, mais il nous semble que ceux-là suffisent. Des cas de même espèce ont été vus sur des indigènes de l'Afrique du Nord, surtout pendant la guerre, lorsque nous dirigions à Aix le centre spécial des aliénés de ces régions.

Sans vouloir nous lancer dans des théories toujours aléatoires en pareille matière, nous dirons, ce qui est bien connu, que les affections microbiennes aiguës sont souvent à la base

des confusions mentales et aussi que ces maladies aiguës jouent un rôle énorme dans l'étiologie de la tuberculose. Ce dernier état est considéré aujourd'hui comme particulièrement fréquent dans l'étiologie de la démence précoce qu'elle affecte en clinique le type classique incurable ou celui que l'Ecole de Claude appelle schyzophrénie et qui est capable de guérison.

Nous avons déjà signalé l'importance de l'étiologie tuberculeuse dans le développement de certaines formes voisines, sinon identiques à la forme appelée classiquement délire aigu, particulièrement lorsqu'elles frappent les noirs de nos Colonies et à la même époque le médecin général Jouneau montrait d'autres formes mentales aiguës ou subaiguës évoluant chez des nègres après des localisations diffuses de tuberculose pleuro-péritonéale. Il y a donc là encore un chapitre à approfondir sur les rapports qui unissent la psychose à la tuberculose. Inutile de dire que les maladies aiguës signalées participent à la pathogénie de ces états dans une large mesure.

COMMUNICATIONS DE THERAPEUTIQUE

Psychose coli-bacillaire avec pyélonéphrite évoluant depuis plusieurs semaines. Guérison par la Sérothérapie.

par MM. A. Mestrallet et E. Larrivé (Lyon)

J'ai l'honneur de vous présenter, au nom du Docteur Mestrallet, et au mien, l'observation d'une malade présentant un syndrome confusionnel, associé à une pyélonéphrite à colibacilles, chez qui la sérothérapie amena la guérison des troubles psychiques, et du syndrome urinaire.

Il s'agit d'une femme de 48 ans, sans profession, hospitalisée dans le service de l'un de nous, le 13 février 1934, présentant un syndrome confusionnel typique.

Le début des troubles remontait aux premiers jours de janvier 1934. A cette époque, sans raison apparente, sans épisodes infectieux antérieurs, s'installa progressivement un état de dépression mélancolique, avec raptus anxieux, associés à des préoccupations hypochondriaques, et à des idées délirantes d'auto-accusation.

A cette époque elle fut admise dans une clinique, où elle demeura jusqu'au 13 février 1934, sans qu'on ait noté d'accès fébriles, et sans que l'attention ait été attirée du côté de l'appareil urinaire.

A son entrée, la malade, très obnubilée et hébétée, se présente dans un état voisin de la stupeur. Elle répond à peine, et à voix basse, aux questions posées, et est totalement désorientée dans le temps et le lieu. Cet état persiste dans le cours de la journée, mais à la tombée de la nuit, et au cours de la nuit, sur ce fond de confusion apparaissent des hallucinations visuelles, terrifiantes, s'accompagnant d'agitation psycho-motrice.

L'examen physique ne montre rien de spécial. Les réflexes exis-

tent normalement, les pupilles réagissent à la lumière et à l'accommodation. Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine.

Seule la température qui le soir de l'entrée est à 38°, se maintient au-dessus de ce chiffre, et, à deux reprises, le 19 et le 24 février, on note des clochers au-dessus de 40°.

Le 26 février, alors que l'état mental demeure inchangé, apparaissent pour la première fois des troubles urinaires. Les urines, moins abondantes, sont troubles, et contiennent de l'albumine. A partir de ce moment, l'oligurie augmente progressivement. Les urines sont de plus en plus troubles, et leur examen bactériologique révèle la présence de coli-bacilles en très grande quantité.

La température oscille entre 38°5 et 39°.

A partir du 13 mars, et durant 8 jours consécutifs, elle est soumise à la sérothérapie anticolibacillaire, et reçoit une injection quotidienne de 10 cc. de sérum de Vincent.

Le 25 mars, en même temps que les urines deviennent plus abondantes, plus claires, que la température descend et se maintient au-dessous de 38°, on assiste à une amélioration du syndrome psychique : la confusion est moins accentuée, et on peut voir apparaître des phases de lucidité, au cours desquelles la malade a un comportement normal.

Cependant, 6 jours après, le 23 mars 1934, la température remonte, les urines deviennent rares, les phases de lucidité disparaissent, des taches purpuriques apparaissent au niveau des membres inférieurs, la torpeur et la confusion sont à nouveau extrêmes.

Un nouvel examen bactériologique, pratiqué sur des urines recueillies aseptiquement par sondage, montrent toujours la présence de coli-bacilles, mais en quantité moindre.

La sérothérapie est alors reprise aux mêmes doses que la première fois, et est poursuivie durant 5 jours consécutifs.

Sous cette influence, la température descend progressivement, et se maintient finalement au-dessous de 37°. Le taux urinaire, qui à certains moments, était descendu à 350 cc., passe à 900 cc., puis 1.200 cc., et enfin à 1.400.

Enfin, très rapidement, la confusion mentale s'est dissipée et la malade, redevenue, au bout de quelques jours, entièrement normale, pouvait quitter la clinique dans le courant du mois d'avril.

Cette guérison se maintient encore à l'heure actuelle, et aucune nouvelle rechute n'a été à déplorer.

Cette observation, que nous avons cru intéressant de vous rapporter, n'a d'autre intérêt que de venir s'ajouter à celles déjà nombreuses publiées sur ce sujet, en particulier par M. Baruk et ses collaborateurs.

Chez cette malade, la coli-bacillose a évolué par poussées, et chaque aggravation était accompagnée d'une recrudescence des troubles psychiques. Inversement, dès que le taux urinaire devenait plus abondant, que les urines devenaient plus claires simultanément, on pouvait assister à une amélioration de la confusion.

En second lieu, la sérothérapie anti-coli-bacillaire de Vincent, instituée à deux reprises à des doses restreintes, et durant quelques jours seulement, a amené rapidement la sédation des principaux symptômes.

Aucune autre thérapeutique ne fut tentée, en particulier, le lavage du bassinet ne fut pas pratiqué, et malgré cela, l'amélioration se manifesta, à la fois sur les symptômes urinaires et sur les troubles psychiques.

M. Hoven (Mons). — Cette communication m'a très fortement intéressé et je voudrais en profiter pour demander à son auteur un renseignement.

Je n'ai pas observé de psychoses coli-bacillaires proprement dites, mais dans 3 cas de psychoses existant depuis 1 à 2 ans, j'ai observé une coli-bacillose à titre de complication (phlegmon de face anté-latérale de la jambe, région lombaire). L'examen des urines était négatif ; l'ensemencement du pus des abcès montra l'existence abondante du coli-bacille.

Me basant sur les travaux de M. Baruk, j'ai soigné ces malades par le sérum anti-coli-bacillaire du Professeur Vincent à la dose de 10 à 20 cm³ par jour. Sous l'influence du traitement, guérison rapide des troubles infectieux. Mais, fait remarquable, le sérum m'a semblé agir d'une façon générale comme agent de choc. A la suite de l'injection chez une malade particulièrement agitée, assoupissement, calme avec légère température. Ce calme se maintient pendant 5 semaines sans nécessiter de nouvelles injections.

A la suite d'une nouvelle crise d'agitation, l'injection de 20 cm³ de sérum amena le calme rapidement. Actuellement cette malade, qui était très agitée et confuse depuis près de 2 ans, est guérie. Le sérum m'a donc fait l'impression d'avoir agi, comme agent de choc, au même titre que la peptone, par exemple, mais avec une action vraiment intense.

Je voudrais savoir si M. le rapporteur a observé aussi ces phénomènes de choc chez sa malade.

M. Léonet (Lyon) pense qu'il y aurait un intérêt certain à rechercher, toutes les fois qu'on peut légitimement la soupçonner, l'infection coli-bacillaire. Le syndrome urinaire qui en vient faire la preuve n'apparaît en effet que de façon parfois très tardive. De plus, il existe une discordance certaine entre *coli-bacillémie* et *coli-bacillurie*. Cette dernière, en effet, est sans parallélisme, quant à son intensité, avec le retentissement organique général de la coli-bacillémie. C'est qu'il existe des coli-bacilluries dites « de sortie » qui sont des manifestations isolées sans contexte clinique ou presque. A l'opposé, la coli-bacillémie, entraînant un retentissement sévère sur l'état général, peut ne se manifester par aucune apparition du coli-bacille dans les urines. Enfin, il y a des coli-bacilluries autonomes, c'est-à-dire qui résultent d'un foyer infectieux localisé à l'arbre urinaire, foyers qui, sur certains organismes vaccinés ou spontanément immunisés ou résistants, n'ont qu'une influence très minime.

Il faut rendre hommage à Desgeorges d'avoir, bien avant les urologistes, mis en évidence ces notions qui invitent à réaliser un traitement précoce, pré-bacillurique et d'autant plus efficace qu'il est institué plus tôt : le traitement de choix est alors l'association : vaccinothérapie et acidification du milieu organique (acide phosphorique ou chlorure d'ammonium). Ce traitement présente, sur la sérothérapie, l'avantage de n'être, à aucun degré, schockant.

M. de Morsier (Genève). — A propos de cette communication si intéressante, je me permets de signaler à MM. Mestrallet et Larrivé que le sérum de Vincent, dont le prix est élevé, comme ils viennent de le faire remarquer, peut être remplacer avantageusement par un *autovaccin* préparé avec les coli-bacilles du malade lui-même. J'ai eu l'occasion de traiter de cette façon un jeune homme de 30 ans qui présentait depuis un an et demi, un syndrome catatonique avec petites poussées fébriles périodiques. Les injections d'auto-vaccin préparé en partie avec des coli-bacilles trouvés dans l'urine ont amené une guérison complète en quelques jours.

Au sujet de l'action de l'iodure de strontium

par MM. A. Leulier et B. Pommé (de Lyon)

Il résulte des recherches expérimentales de Mouriquand, Leulier et leurs collaborateurs que l'iode sous forme de sirop iodotannique accentue de façon notable les lésions du rachitisme du rat blanc soumis à un régime rachitigène.

Il en est ainsi pour certains métaux alcalino-terreux (strontium, calcium, magnésium) qui agissent de la même façon lorsqu'on les mélange dans la proportion de 2 0/0 au régime alimentaire.

Ces résultats sont d'ailleurs confirmés en France même par les recherches publiées actuellement par Lecoq et sont en conformité avec certains travaux anciens, du moins en ce qui concerne le strontium.

Les auteurs ont pensé à utiliser ces propriétés décalcifiantes dans certains cas de rhumatisme chronique à forme ankylosante, et ceci avec d'autant moins d'appréhension que l'iodure de strontium a figuré dans la pharmacopée française, et qu'un pharmacologiste comme Pouchet admet que l'iodure de strontium est beaucoup mieux toléré que l'iodure de potassium.

La première observation est celle d'un rhumatisme vertébral progressif ankylosant considérablement amélioré par ce traitement du point de vue fonctionnel. Mais le malade n'a pu se rendre pour des raisons extra-médicales à la convocation qui lui avait été adressée.

A. Leulier et B. Pommé présentent, par ailleurs, un sujet âgé de 42 ans, M. R..., atteint de rhumatisme chronique vertébral progressif ; sur les radiographies, selon l'expression de Léri « le grand surtout ligamenteux antérieur montre sur toute sa hauteur et sa largeur, un épaississement et une ossification considérable ». Cet épaississement est moniliforme et il est facile de retrouver les becs de corbeaux ou de perroquets, les crochets et plus souvent encore « les festons latéraux plus ou moins régulièrement distribués, donnant à la tige rachidienne l'aspect d'une colonne torse » (M. Pehu et

M. Daguet) et ce, aussi bien au niveau de la région cervicale que lombo-dorsale. Les réflexes sont très diminués au niveau des membres inférieurs et il existe des algies de type funiculaire, autrefois à manifestations lombo-sacrée (en 1918) s'irradiant plus récemment en territoire cervico-brachial. Lorsque M. R... « butait » par exemple sur une irrégularité du sol « ça le coupait aux reins et à la nuque ».

L'examen neurologique et somatique n'offre par ailleurs rien d'intéressant à signaler.

Les réactions sérologiques et chimiques sanguines sont normales.

Après un traitement de deux mois et demi, le sujet peut s'habiller plus facilement, nouer sa cravate, lacer ses chaussures. Lyonnais d'origine et d'habitudes, il a repris sa place parmi les joueurs de boules : cette distraction lui était refusée depuis sept ans.

Du point de vue de la colonne cervicale en particulier, les mouvements de flexion, d'extension, de rotation droite et gauche, sont redevenus aisés (bien que sensiblement moins étendus qu'en temps normal) alors qu'ils n'étaient rigoureusement plus possibles depuis plus de cinq ans.

L'action du médicament (4 gr. *pro die* par voie buccale) s'est manifestée six semaines après le début du traitement par une sédation des algies cervicales.

De la nécessité d'une thérapeutique polymorphe et prolongée en psychiatrie. Remarques à propos d'un cas de démence précoce hébéphréno-catatonique guéri après dix ans de traitements continus et variés.

par

M. Georges PETIT et M. Jacques ARCHAIMBAULT
Médecin chef *Interne suppléant*
de la maison de santé de Ville-Evrard

La psychiatrie moderne semble encore toute imprégnée d'un fatalisme doctrinal (1) assez désespérant en ce qui concerne l'évolution, le pronostic et la thérapeutique de la plupart des psychoses, en particulier de la démence précoce. Au Congrès de Paris de 1925, la majorité des aliénistes semblaient estimer qu'après trois années d'évolution (2), la plupart des psychoses, pouvaient être considérées comme chroniques et incurables, les guérison dites tardives après ce laps de temps apparaissant comme exceptionnelles (2). L'expérience inflige cependant trop de démentis au pessimisme de cette doctrine pour que nous ne souscrivions pas, de préférence, à cet aphorisme plus optimiste qu'Esquirol énonçait déjà en 1838 : « Il est des exemples qui prouvent qu'il ne faut jamais désespérer de la guérison des aliénés. » (3).

Il ne faut jamais désespérer, en effet, mais, ajoutons-nous aussitôt, à la condition de ne pas s'en remettre exclusivement à la seule « natura médicatrix » et de continuer, non seulement durant quelques mois, mais pendant des années, une

---

(1) G. PETIT. — Remarques critiques de méthodologie. Le fatalisme doctrinal en psychiatrie. *Congrès de Limoges*, 1932.
(2) J. ROBERT. — La guérison tardive des maladies mentales. Rapport au *Congrès de Paris*, 1925.
(3) ESQUIROL. — *Des maladies mentales*, 1838.

thérapeutique persévérante, polymorphe et prolongée. Notre tâche thérapeutique ne doit pas se borner seulement aux malades dits aigus ; il faut la poursuivre avec courage et foi chez tous nos malades, chroniques ou dits incurables, « jusqu'au dernier quart d'heure, jusqu'au bout ». L'expérience montre que nos efforts ne sont points vains et, bien souvent, nous sommes récompensés par des guérisons tardives presque inespérées, comme chez le malade dont nous vous rapportons l'observation.

G..., étudiant, sans antécédents personnels, héréditaires ou collatéraux dignes d'intérêt, présente, en mars 1924, à l'âge de 18 ans, des troubles de l'activité, de l'humeur, du caractère et de l'affectivité qui contrastent avec son comportement habituel. Le jeune homme intelligent, brillant, affectueux et prévenant devient irritable, brusque, taciturne, fatigable, puis anxieux, instable, impulsif et violent. Le malade a conscience des transformations profondes dont il se sent bouleversé : son anxiété s'accroît et se développe selon les modes habituels d'explications et d'interprétations délirantes (érotomanie, persécution), aboutissant à des excès toxicomaniaques (alcool), des idées de suicide, des fugues, enfin des menaces et impulsions violentes à l'égard de son entourage familial qu'il accuse d'être de connivence avec ses ennemis. Interné en décembre 1924 avec le diagnostic d'hébéphrénie, il est soumis à un traitement par le sulfarsénol-adrénaline, associé à des injections de lobe postérieur d'hypophyse. Le malade se calme progressivement et peut être rendu à sa famille au bout de deux mois, amélioré, mais non guéri.

Mais, dès décembre 1925, l'état aggravé du malade rend un second internement nécessaire, jusqu'en avril 1926. Sans traitement, le malade demeure dans un état stationnaire, sujet à des alternatives d'excitation et de calme relatif. Une sortie d'essai, en avril 1926, s'avère bientôt impossible à prolonger. Nouvel internement en juillet. En novembre 1926, on signale, outre les idées délirantes absurdes de persécution et de grandeur, de la lenteur de l'idéation, des stéréotypies, des discordances, de l'inactivité et le diagnostic de « démence précoce à évolution irrégulière, mais progressive » est porté par plusieurs psychiatres. De novembre 1926 à juillet 1927, plusieurs traitements sont institués (malaria, chocs, auto-hémothérapie, opothérapie glandulaire, médication arsenicale), mais ils semblent inopérants. En novembre 1926, on note à son sujet : hébéphréno-catatonie, stéréotypies, discordances, troubles de l'affectivité, apathie, poussées catatoniques avec catalepsie, négativisme, mutisme, gâtisme. Le pronostic semble bien sombre. Néanmoins, l'un de nous commence alors un traite-

ment par le nucléinate de soude à doses progressivement croissantes jusqu'à 5 grammes. Chaque injection détermine une élévation thermique régulière à 39°. Dès la 5e injection, le malade sort de son mutisme et prononce quelques paroles pertinentes. Dans les jours qui suivent la sixième injection, le malade, ordinairement gâteux, redevient propre ; il demande à lire, devient plus aimable et manifeste des sentiments affectueux à l'égard de sa famille. L'amélioration se poursuit rapide et le malade sort de la maison de santé, le 29 juin 1928, semblant guéri. Son comportement semble, en effet, d'après son entourage, à peu près normal, malgré son attitude réservée et taciturne ; en octobre et novembre 1928, il reprend ses études et se montre à nouveau un élève particulièrement brillant.

Mais en décembre 1928, survient une rechute (avec successivement insomnie, anxiété, interprétations délirantes, mutisme, négativisme, agitation nocturne, sitiophobie, impulsivité, réapparition des signes de dissociation et de discordance) qui nécessite un nouvel internement en janvier 1929.

Une nouvelle série d'injections de sérum nucléiné, effectuée de janvier à mai 1929, qui provoque des réactions thermiques moins intenses que les précédentes, semble sans effet : le malade demeure catatonique, négativiste, sitiophobe et gâteux, sortant seulement parfois de son mutisme pour prononcer, d'un ton monotone, quelques phrases stéréotypées. A cette époque, l'état du malade semble vraiment chronique et désespéré et de nouveaux essais thérapeutiques peuvent rester illusoires après cinq ans d'évolution. Et cependant, et nous l'avouons, sur les instances de la famille, nous recommençons une troisième série d'injections de nucléinate de soude, de novembre 1929 à avril 1930. Cette fois, les injections ne provoquent aucune réaction thermique ; et cependant, on note après chacune d'elle, une sédation relative des symptômes, mais qui reste passagère et de peu de durée. Puis, assez rapidement, quelques semaines après la terminaison de la série (nous avons observé plusieurs fois cette action thérapeutique non immédiate), le malade sort peu à peu de son état de stupeur et le gâtisme disparaît ; le malade reprend contact avec le milieu extérieur, parle de nouveau, fait sa toilette seul, demande à lire et manifeste plus d'intérêt aux membres de sa famille. L'amélioration se poursuit progressive et le malade peut rentrer dans sa famille en juillet 1930.

Cette seconde rémission, où l'on note cependant un peu moins d'affectivité et un peu moins d'activité qu'avant la maladie, se maintient jusqu'en mars 1931, le malade se refusant néanmoins à continuer la thérapeutique que nous lui conseillons, mais qu'il estime superflue, car il se considère comme guéri.

En mars 1931, la troisième rechute survient, avec à peu près les mêmes caractères que précédemment. En quinze jours, après une période d'insomnie, avec tristesse, inquiétude, anxiété, puis onirisme surtout nocturne, le malade redevient catatonique, muet, négativiste et gâteux. De mars 1931 à avril 1933, tous les traitements successifs que nous tentons s'avèrent inefficaces. Nous essayons à nouveau et successivement le nucléinate de soude, deux séries d'injections intraveineuses de salicylate de soude, de l'huile soufrée en injections intramusculaires (qui donnent des réactions thermiques à 39°, mais sans modification de l'état mental), des injections intraveineuses de diiodosalicylate de soude, de l'acétyl-choline associée à une nouvelle série de nucléinate de soude, du chlorydrate de pilocarpine à doses progressivement croissantes, etc. Aucune thérapeutique n'a donné de résultat et la situation paraît vraiment décourageante.

Néanmoins, en mai 1933, nous essayons, en injections sous-cutanées, une première série de 13 ampoules de sérum de cheval radioactif, que M. le Professeur Gabriel Petit, d'Alfort, avait bien voulu nous offrir pour expérimentation. Dès la quatrième injection, qui provoque une réaction urticarienne locale, le comportement du malade se modifie : il sort de sa torpeur catatonique, ébauche quelques gestes adaptés, prononce quelques paroles pertinentes. Une seconde série de neuf injections de sérum radio-actif, effectuée en juillet, diminue la catatonie et rend le malade plus maniable et plus docile. Néanmoins, il demeure encore parfois confus, impulsif, gâteux et barbouilleur. L'état semble même s'aggraver en septembre, où le malade redevient tantôt muet et négativiste, tantôt impulsif et violent, présente un aspect figé et stupide, avec un rictus stéréotypé de la face.

Une troisième série de sérum radio-actif est faite, le 30 octobre 1933. Dans les heures qui suivent la première injection, laquelle ne donne cependant aucune réaction thermique, le malade abandonne son attitude catatonique : les mouvements deviennent plus souples, la parole plus aisée, le rictus de la face disparaît. Les troisième et quatrième injections donnent une réaction thermique de plus de 39° ; mais des signes de bronchite assez accentuée, mais non fébrile, s'étant manifestés, le traitement est interrompu. Néanmoins, l'amélioration de l'état mental persiste : le malade est redevenu propre, parle avec aisance, demande à lire et accueille sa famille avec affection. Cette amélioration de l'état mental s'est poursuivie ultérieurement et a paru s'accentuer sous l'influence d'une pyrétothérapie réglée au propidon, puis au Dmelcos (une injection tous les 10 jours jusqu'en mars 1934). A cette époque, l'état du malade est vraiment impressionnant quand on se rappelle la déchéance intellectuelle et physique présentée par lui six mois auparavant et qui paraissait alors quasi-irrémédiable. L'at-

titude est correcte, l'affectivité normale ; le niveau mental, examiné par la méthode des tests de Binet et Simon, s'avère celui d'un adulte, avec des réponses qui témoignent d'une activité intellectuelle particulièrement remarquable. Le malade semble apprécier pour la première fois la gravité des troubles qu'il a présentés (et qui pour lui ont affecté le caractère « d'un sommeil sans rêves ») et pour la première fois également il consent à se laisser traiter après la disparition de ses troubles (1).

Depuis sa sortie, qui a eu lieu en avril 1934, son activité et son comportement familial et social seraient normaux, bien qu'il se montre un peu taciturne et peu expansif. Mais, de l'avis de la famille, la guérison, ou si l'on veut la rémission actuelle, paraît la plus accentuée qui ait été constatée depuis dix ans.

Cette observation prêterait à des considérations multiples, dont nous ne voulons retenir que les points suivants.

Tout d'abord, il nous paraît incontestable qu'il s'agit bien d'une démence précoce hébéphréno-catatonique caractéristique. Certes, nous n'ignorons pas que les rémissions spontanées ne sont pas rares dans cette affection. Nous connaissons bien également les syndromes périodiques, avec symptômes de la série hébéphréno-catatonique, qui constituent des formes de transition dont l'attribution, soit à la manie-dépressive, soit à la démence précoce, est parfois bien difficile. Mais, dans notre cas, il nous paraît vraiment difficile d'admettre que les rémissions et intermissions aient été spontanées, indépendantes de notre action, alors que justement elles se sont toujours manifestées en liaison étroite avec nos diverses thérapeutiques.

Ces thérapeutiques, nous l'avons vu, ont été essentiellement polymorphes (thérapeutique anti-infectieuse, analeptique, de choc, pyrétogène, etc.) et nous avouons volontiers notre incertitude sur leurs indications et le mécanisme de leur action. Nous les avons employées successivement parce que, dans d'autres cas analogues, mais certes habituellement moins prolongés, les unes et les autres nous avaient donné des résultats satisfaisants.

Quant à la durée de cette action thérapeutique, nous l'avons

---

(1) Le malade est soumis à une thérapeutique pyrétothérapique par ondes courtes (électropyrexie), plus agréables que les injections de dmelcos qui provoquaient, chaque fois, des vomissements bilieux assez pénibles.

prolongée inlassablement parce que nous estimons qu'à maladie chronique doit correspondre une thérapeutique prolongée. A notre avis, les maladies dites mentales doivent être traitées longuement et systématiquement, comme on traite la tuberculose, la syphilis. Comme ces affections chroniques, ce sont également pour la plupart, des infections chroniques polymorphes, à rémissions et à réactivations, dont l'évolution irrégulière est susceptible d'être favorablement influencée par le traitement, de longues années encore après leur début. C'est par cette thérapeutique prolongée et persévérante que nous avons obtenu, souvent, des guérisons inespérées dans des cas chroniques et qualifiés incurables de démence précoce, de psychose périodique, de psychose hallucinatoire, etc...

Enfin, à un point de vue doctrinal, il nous paraît également intéressant de remarquer l'intégrité absolue du niveau mental chez un dément précoce typique, dont l'affection évoluait depuis plus de dix ans. Constatation qui cadre bien avec les idées et les observations de notre maître Régis, qui considérait justement que beaucoup de démences précoces sont des « confusions chroniques » et non point des démences, dans le sens général de ce mot, et qui correspond bien d'ailleurs à l'impression du malade qui nous a dit s'être réveillé progressivement « d'un sommeil sans rêves ».

M. Larrivé (Lyon), a été vivement intéressé par la communication du Dr Petit et partage ses conclusions. Lui aussi est d'avis de ne pas abandonner sans traitement les malades étiquetés chroniques. Il n'est plus besoin d'insister sur l'heureuse influence que peuvent exercer des désinfectants généraux tels que Urotropine, Salicylate de soude, à condition de savoir se montrer tenaces et de faire des traitements prolongés. Il signale les heureux effets que l'on peut attendre de la pyrétothérapie en dehors de la paralysie générale, mais à condition de combiner les substances pyrétogènes, de les alterner, de les associer pour réaliser des séries de traitement susceptibles de s'échelonner sur plusieurs mois et, à ce propos, il rappelle la récente statistique qu'il vient de publier avec le Dr Mestrallet et portant sur plus de cent malades.

M. Hoven (Mons). — Cette communication est très intéressante et j'estime aussi qu'on ne doit jamais désespérer et abandonner nos malades aliénés.

Parmi les thérapeutiques, la méthode du travail actif du Dr Simon constitue une des meilleures à conseiller, notamment dans la démence précoce.

M. Caron (Paris), à propos de l'étiquette de confusion mentale appliquée par M. Larrivé au cas qu'il vient d'apporter, fait remarquer que, si justement le diagnostic des formes les moins avancées de démence précoce est le plus exposé à des objections, souvent théoriques, ce sont ces formes qu'il importe en pratique de traiter avant que leur évolution ne se montre définitivement irréductible.

M. René Charpentier (de Neuilly-sur-Seine). — L'autorité qui s'attache aux travaux de M. Petit donne à cette observation une valeur particulière. Il y a d'ailleurs de nombreuses raisons pour persévérer dans le traitement des états démentiels précoces : tout d'abord, la multiplicité et la diversité probable de ces états que nos moyens actuels ne nous permettent pas de différencier les uns des autres ; le fait aussi que ces états sont susceptibles de rétrocéder spontanément ainsi que le montrent les guérisons et rémissions spontanées, souvent même d'apparition tardive (rappelons entre autres les observations de guérisons tardives rapportées à une session antérieure de ce Congrès par notre collègue le Dr Robert) ; les faits, enfin, de guérison *ante mortem* qui avaient frappé les anciens auteurs prouvent que les possibilités d'une vie psychique normale, nullement détruites, mais seulement éclipsées, sont susceptibles de se manifester à nouveau. Ces réveils *ante mortem*, observés souvent à l'occasion d'une maladie infectieuse aiguë, mortelle, ne sont-ils pas à l'origine des thérapeutiques modernes d'abcès de fixation, de choc, de pyrétothérapie, etc. ? Qui dira qu'une guérison spontanée n'aurait pu se produire plus tôt sous l'influence d'une thérapeutique appropriée ?

Avec d'autres communications présentées à cette même séance, le travail de MM. Petit et Archaimbault montre combien les psychiatres actuels sont loin de mériter la critique qu'on leur adresse si fréquemment de négliger le traitement de leurs malades et combien ils sont loin d'être désarmés, comme on le répète trop souvent. La thérapeutique psychiatrique, qui utilise, en plus de ses méthodes particulières, toutes les acquisitions de la thérapeutique générale, est loin d'être stérile. Si, comme la thérapeutique médicale elle-même, elle conduit

parfois à une guérison avec reliquat, avec cicatrices, avec séquelles, il ne faut pas être plus sévère dans l'appréciation de ses résultats qu'à l'égard de la thérapeutique médicale dont l'action reconnue rencontre les mêmes obstacles. Combien de maladies générales laissent derrière elles, après guérison de l'épisode aigu, des séquelles définitives !

La multiplicité étiologique probable des états démentiels précoces appelle la diversité thérapeutique. Les idées antérieures sur l'origine toxi-infectieuse, endocrinienne de ces états, les travaux de M. d'Hollander sur leur étiologie tuberculeuse, de M. Henri Baruk sur l'influence de la coli-bacillose, etc., tendent à montrer que ces états ne sauraient être considérés comme une maladie, mais comme un mode de réaction à différents agents pathogéniques. De même, la confusion mentale, ou plutôt les états confusionnels, sont une réaction commune à diverses toxi-infections. De même, en médecine, d'autres syndromes, le rhumatisme articulaire aigu, par exemple, considéré autrefois comme une maladie autonome dont on recherchait l'agent (bacille d'Achalme, etc.) doivent être regardés aujourd'hui comme un mode de réaction à des infections diverses et multiples. Je pense que l'avenir montrera qu'il en est de même de ces états réunis provisoirement sous le nom de « démence précoce ».

L'objection, faite à M. Caron, que les états qui guérissent par le traitement sont ceux qui guériraient spontanément est à la fois une solution de dangereuse paresse et une erreur.. Erreur grave si l'on songe à ces confusions mentales puerpérales, de pronostic apparemment excellent, et qui glissent rapidement vers la démence précoce, si l'on songe aussi à ces crises d'excitation ou de dépression de pronostic apparemment favorable et qui laissent parfois à leur suite ces états si bien décrits par nos devanciers sous le nom de délires systématisés post-maniaques ou post-mélancoliques. L'avenir montrera peut-être qu'il se produit dans ces cas une complication évitable. Je crois qu'il nous est arrivé à tous d'avoir de ces pénibles surprises. Elles n'encouragent pas à l'abstention thérapeutique systématique.

Sur le choix des sels d'or

par M. LÉONET (Lyon)

La chrysothérapie est une méthode encore trop jeune en matière de psychiatrie, en dépit des succès certains qu'elle a permis d'acquérir dans la thérapeutique des démences précoces, et nous ne saurions, faute d'une statistique suffisamment abondante, apporter des précisions.

Aussi bien, n'est-ce que d'un point de vue très général que nous envisageons la question du traitement par les sels d'or ; nous éviterons de parler du traitement par les sels d'or de la tuberculose, car les facteurs qui viennent influencer très notablement l'évolution d'une bacillose sont tellement multiples, et souvent difficiles à déceler, les tendances spontanées à la guérison sont telles, que même le sens critique le plus aigu parvient mal à établir une judicieuse discrimination.

Il en va autrement en matière de rhumatisme ; c'est qu'en effet nous avons à faire à un matériel malade constitué par des sujets qui souffrent de la grande polyarthrite symétrique chronique progressive infectieuse dont la dénomination même démontre bien le caractère inéluctable qui s'attache à son évolution et qui, fatalement, avant l'ère de la chrysothérapie, faisait des malades atteints des grabataires figés par leurs nouures articulaires et victimes de poussées douloureuses de durée variable mais toujours atrocement pénibles.

L'assimilation entre démence précoce et rhumatisme nous apparaît d'ailleurs, même au point de vue thérapeutique, à certains égards légitime, car démence précoce et rhumatisme chronique sont des maladies qui sont peut-être, tout au moins en ce qui concerne le rhumatisme chronique d'étiologie bacillaire, différent toutefois du rhumatisme de Poncet, de *condition* plus que de *nature* bacillaire, et l'on se trouve d'autre part en présence de manifestations qui ont comme caractère commun de ne pas se traduire anatomiquement par le tubercule.

Le choix des sels d'or résulte d'une équitable balance entre

l'activité thérapeutique — qui doit être suffisante — et la toxicité ou l'intolérabilité qui doivent demeurer à un seuil suffisamment élevé. Il s'agit en somme d'atténuer au maximum le caractère contradictoire de ces conditions et propriétés.

Tous les dérivés de l'or dont la pratique a sanctionné l'emploi thérapeutique sont des substances dans lesquelles le métal est lié à une valence de soufre.

Dès octobre 1920 (4 ans avant Moolgaard) l'attention des pharmacologues était attirée sur les corps de cette forme, la seule précisément qui, jusqu'à présent, permette de réelles combinaisons au sein des tissus (l'or élément, même sous forme colloïdale, trop dénué d'affinité, est inactif) mais aussi qui permette au métal de ne pas se conjuguer brutalement avec les chlorures et les protéines. Pour que le métal soit absorbé et que sa toxicité soit diminuée, cette dissimulation relative du métal est une condition nécessaire, mais elle ne doit pas demeurer indéfiniment totale sous peine qu'au cours de ses désagrégations successives le produit reste à un stade où il est inactif.

Ce préambule pour attirer l'attention sur l'écueil où peut conduire l'application des seules directives chimiques à la réalisation d'un produit à faible toxicité: celui d'obtenir un médicament, dont la toxicité est restreinte certes, mais dont aussi, parallèlement, le pouvoir curateur est faible ; d'où la nécessité, pour une activité thérapeutique égale, de recourir à des doses plus fortes de produit, c'est-à-dire qu'en définitive, on conserve la même marge proportionnelle entre pouvoir curateur et toxicité.

Ainsi, l'ensemble des travaux de G. Orestano aboutit à de fortes présomptions en faveur de l'hypothèse que le sel aureux injecté n'agit pas en tant que tel, mais qu'il est nécessaire que soit réalisée une forme « cation aurique » puis un passage à l'état métallique.

Des éléments confirmatifs de cette hypothèse: c'est le parallélisme entre le pouvoir thérapeutique ou bactéricide d'une combinaison renfermant un métal lourd, et les résultats de la dissociation électrolytique de cette combinaison. Pour citer un exemple particulier : un sel mercuriel possède un pouvoir bactéricide cinquante fois plus élevé s'il est tel que l'on recueille du mercure métallique à l'anode, que si l'électrolyse donne lieu à un dépôt de H*g* combiné. Semblablement, des produits de toxicité restreinte certes, comme les auro-

thioglycoses, se dissocient en donnant lieu à la formation d'un composé sulfuré d'or. Les autres produits aureux donnent au contraire de l'or métallique.

Ces dérivés des pentoses et des hexoses ne sont même pas antivégétatifs à l'égard de staphylo, Eberth et Coli, à la dose de 1/100. Les autres thiodérivés empêchent la végétation à des doses parfois bien plus faibles.

Nous éprouvions du scrupule à passer directement de ces données d'orientation aux réalités cliniques, lorsque nous eûmes la bonne fortune de découvrir, dans une thèse consacrée à la chrysothérapie du rhumatisme, une statistique des résultats acquis. Or, cette statistique démontre que si, pour obtenir 100 succès en matière de rhumatisme, 78 grammes environ d'or-élément sont nécessaires avec l'aurothiopropanol sulfonate de sodium, il faut 134 grammes avec l'aurothioglycose. C'est dire que sous la forme thiopropanol sulfonate, l'or est beaucoup mieux utilisé que sous la forme thioglycose.

Les voies chimiques dont n'ont, à elles seules, été que partiellement capables de conduire à l'élaboration d'un produit possédant une très grande marge « index thérapeutique-toxicité », puisque si l'on diminue la toxicité on abaisse, parallèlement ou presque, le pouvoir curateur.

La chimie toutefois, par deux moyens principaux, a permis, sinon de réduire la toxicité, du moins d'accroître la tolérance des sujets aux sels d'or : c'est par l'usage de l'hyposulfite de magnésium (Lumière, Colbert) ou même de l'hyposulfite de soude (Vignati, Hradiste, Skalak), et c'est par l'adjonction de calcium assimilable (gluconate de calcium, chlorure de calcium).

On a aussi été conduit à chercher l'abaissement de la toxicité par une méthode particulière d'administration, celle des doses « filées » et on a songé alors à administrer l'or en suspension huileuse pour en retarder notablement l'absorption. Idée directrice logique au premier chef si l'on songe que la grande victime de l'intoxication aurique est le rein et que, dans les 24 premières heures qui suivent l'injection d'un sel d'or en solution aqueuse, on retrouve dans les urines environ 30 0/0 de l'or injecté, l'urine pouvant atteindre une concentration de 1/1000 en *Au* élément.

On a donc cherché à réaliser un mode d'absorption très ralentie en mettant l'hydrosoluble aureux en suspension huileuse, partant de ce principe que l'huile s'absorbant lentement,

le sel d'or s'absorberait lui-même avec lenteur et qu'ainsi serait réduite dans une très notable proportion l'agression brutale que l'or fait subir au rein, et d'ailleurs aux autres organes.

Cette méthode n'a pas donné tous les résultats qu'on en attendait, pour cette très simple raison que les particules salines du complexe aureux, du fait même de leur grande densité, se déposent rapidement sur les parois du kyste d'injection ; là, elles font un appel osmotique et bientôt le kyste contient : *a*) l'huile injectée ; *b*) des particules salines en suspension dans cette huile ; *c*) une solution hypertonique d'autres particules du même sel dans le liquide aspiré par osmose. Bien entendu, cette solution s'absorbe très rapidement et rigoureusement, comme le ferait une solution directement injectée. Le retard apporté par l'huile ne résulte que de la combinaison de deux facteurs : temps mis par les particules salines pour entrer en contact avec les parois du kyste et colmatage par l'huile des dites parois. Des expériences *in vitro* nous ont montré que l'importance de ce second facteur était tout à fait négligeable.

In vivo. pour des doses importantes de sel d'or, il y a peu de différence entre le comportement de la suspension huileuse et de la solution aqueuse : l'élimination est aussi intense dans les deux cas, les localisations sont pratiquement identiques.

Mais si, au lieu de doses uniques, on s'adresse à des doses répétées et si l'on examine les animaux, non plus après 24 heures, mais après plusieurs jours, on constate alors un intérêt réel de la méthode des suspensions huileuses, qui se manifeste par ce fait que, sous cette forme, l'or a une plus grande affinité pour les organes. Pour donner une explication de ce phénomène, on a fait intervenir le rôle des lymphatiques, rendu plus important par l'appel leucocytaire que crée toute injection d'huile.

Mais, pour les doses moyennes, l'intérêt de la suspension huileuse n'est vraiment pas considérable et l'on constate que le retard apporté à l'élimination est peu important. C'est ce que nous avons examiné chez le chien et, chez le cobaye, nous reproduisons les résultats acquis par le Professeur Leulier et ses élèves.

Nous avons voulu pousser plus loin l'étude de l'absorption et nous avons pratiqué des séries de radiographies de cobayes injectés de différents sels d'or.

En solution aqueuse, l'absorption est presque totale en une heure.

Quant aux sels en suspension huileuse, il faut discriminer ceux dont l'hydrosolubilité est élevée de ceux dont l'hydrosolubilité est nulle. Avec les premiers, au bout de 24 heures, l'or a disparu du point d'injection, mais il reste encore plus de la motité de l'huile, ce qui confirme bien cette notion que nous venons d'exposer que le sel aureux absorbe pour son propre compte en se séparant de l'huile qui lui sert de véhicule.

Avec les seconds, les insolubles, aussi bien la radiographie que l'autopsie montrent que l'absorption est négligeable, et c'est en pensant aux insolubles en général que Caussade écrivait que leur absorption est « capricieuse et désordonnée ». Dans les expériences rapportées, elle a été pratiquement égale à zéro pour certains animaux, mais d'un animal à l'autre, les variations sont fort importantes.

Etait-il possible, entre ces deux extrêmes, de trouver un moyen terme ? Nous l'avons pensé, et par la réalisation de l'homologue calcique de l'Allochrysine, nous avons obtenu un sel qui, administré en suspension huileuse, s'absorbe en un temps variant entre 96 et 120 heures, c'est-à-dire précisément le temps moyen qui, dans la pratique courante, constitue l'intervalle entre deux injections.

Ainsi pensons-nous avoir réalisé un produit qui correspond au désideratum de l'imprégnation continue qui permet, somme toute, par une injection massive pratiquée chaque cinq jours, d'obtenir une administration aux doses « filées », aussi peu agressive que possible.

Ce produit, d'autre part, répond aux conditions chimiques que nous énoncions, à savoir que, si le métal est dissimulé pour en permettre l'absorption et en abaisser la toxicité, il ne l'est pas au point d'être, hypotoxique certes, mais peu actif.

De plus, notre sel est calcique, et nous savons l'importance du calcium sur la tolérance des sujets à l'égard de l'or.

Quelques considérations sur le traitement des malades nerveux et mentaux par la kinésithérapie (gymnastique médicale).

(projections cinématographiques)

par MM. les Drs Brandt (Genève) et Bersot (Neuchâtel)

Au point de vue neurologique, nous avons étudié le rôle de la gymnastique dans les récupérations nerveuses.

La kinésithérapie, ou gymnastique médicale, a pour objet :

1° La *régénération de la fibre musculaire* par la contraction musculaire. L'électrothérapie peut lui être un excellent adjuvant en excitant à sa façon la fibre musculaire.

2° Réveil de l'activité du *neurone médullaire* par excitation centrale.

3° Action génératrice sur les *centres moteurs mésocéphaliques.* Il faut signaler l'influence heureuse qu'elle exerce spécialement sur le centre du tonus musculaire : en améliorant l'activité de ce centre, la kinésithérapie possède donc une action stimulante sur la fibre musculaire qui se continue même après le traitement.

4° La kinésithérapie cherche à atteindre spécialement la zone corticale sensitivomotrice en rééduquant les neurones pyramidaux corticaux dont on connaît l'action trophique sur les trajets neuro-musculaires sous-jacents. Elle doit donc s'adresser à la *volonté motrice* qui joue le rôle capital dans les récupérations nerveuses. Elle fait donc intervenir — et c'est là son originalité en même temps que sa puissance — les fonctions psychiques elles-mêmes.

Sans vouloir prendre parti dans le débat sur l'existence d'une image motrice, on est cependant en droit d'admettre que la motilité volontaire est conditionnée par la présence d'une représentation mentale du mouvement. Un mouvement dont on n'a pas l' « idée » ne se fait pas, ou se fait mal. La volonté motrice se sert donc d'une sorte d'évocation mentale

du mouvement à accomplir, et c'est là l'objet de toute éducation motrice — du geste professionnel, par exemple — de préciser peu à peu cette représentation mentale jusqu'à amener le geste à être parfaitement précis et à devenir automatique.

Or, à son tour, la puissance et la netteté de la représentation mentale qui caractérise l'activité de la zone corticale dépendent des sensations musculaires qui, en se répétant, sont venues se fixer à ce niveau. La kinésthésie conditionne donc en quelque sorte la motilité.

Un muscle paralysé ou parésié n'est plus le siège des sensations de contractions qui, normalement, parviennent constamment au cerveau. C'est dire que la paralysie s'entretient elle-même, et que, pour récupérer la fonction motrice, il faut réalimenter cette excitation sensitive d'origine musculaire par des efforts de contraction s'accompagnant d'une certaine attention qui est le coefficient psychique propre de la gymnastique. La kinésithérapie, pour être efficace, doit donc éviter de négliger ce facteur sensitivo-psychique de l'effort musculaire.

Ajoutons que la gymnastique peut trouver un auxiliaire précieux dans une électrothérapie judicieusement appliquée et dont le premier but sera de créer artificiellement, par excitations directes, des sensations musculaires. C'est dire que l'électrothérapie, pour atteindre son but, doit s'associer étroitement à la kinésithérapie, et que celle-ci doit mettre à profit les sensations kinésthésiques créées par le courant électrique pour les fixer dans un acte volontaire et rééduquer ainsi la volonté motrice normale.

5° La kinésithérapie enfin cherche à rétablir les *coordinations motrices* normales qui sont à la base de toute l'activité motrice :

a) Les contractions statiques et les réflexes de posture qui établissent l'équilibre statique.

b) Les associations fonctionnelles et le jeu des antagonistes qui assurent l'adresse du geste (de la démarche).

c) Les nombreux réflexes moteurs (cérébelleux par exemple) qui président au comportement du corps dans l'espace.

L'activité motrice spontanée ne peut-elle, à elle seule, rééduquer toutes ses fonctions ?

1. L'activité motrice spontanée n'agit pas assez rapidement : la volonté motrice qui exerce par les neurones pyramidaux

l'action trophique musculaire que l'on connaît, n'agit que lentement, irrégulièrement. Par la kinésithérapie, on l'oblige à une intervention plus rapidement efficace.

2. Le jeu spontané des muscles utilisables met en œuvre surtout les muscles normaux ; par un souci naturel du moindre effort, le geste quotidien se sert des muscles forts et oublie les muscles paralysés. Le cerveau trouve des suppléances dans les muscles sains qu'il surcharge grâce à certaines attitudes vicieuses ou à certaines modifications du geste. Souvent d'ailleurs, l'organisme supplée aussi par des appuis de nature ligamentaire qui aggravent encore les attitudes vicieuses.

A. — La kinésithérapie doit donc être précédée d'une sorte de *diagnostic kinésithérapique* qui consiste à dépister, chez le sujet en traitement, les suppléances à corriger, les plages musculaires déficitaires. Une observation d'une séance ne suffit souvent pas. La gymnastique, en créant des occasions variées d'efforts musculaires, permet de découvrir peu à peu le comportement de tous les muscles. Il est à remarquer que le diagnostic électrique ne lui est pas toujours parallèle. Comme vous pourrez le constater, l'analyse cinématographique du mouvement au ralenti apporte un secours utile à ce dépistage.

B. — Une fois le dépistage fait, la kinésithérapie va travailler à rétablir une image motrice meilleure de toutes les plages musculaires déficitaires. Pour cela elle les fera travailler isolément dans des conditions variées en augmentant progressivement la difficulté et l'intensité de l'effort. Elle s'aidera à l'occasion de l'électricité.

C. — Enfin, la kinésithérapie va grouper et associer ces musles en cultivant les coordinations motrices les plus nombreuses possibles. Les exercices d'équilibre et d'adresse convenablement choisis exercent à cet égard une action rapide et heureuse.

Notre film établit les bases du kinésidiagnostic, ou diagnostic fonctionnel, en partant de l'étude du normal. Le film « au ralenti » permet une analyse spécialement précise et utile.

Comme exemple, nous montrons le kinésidiagnostic et le traitement d'une ancienne paralysie infantile. Une observation exacte des muscles « qui se dérobent » permet d'établir une technique de gymnastique qui reprend ces muscles et les oblige à une activité volontaire. Puis, la gymnastique crée

des mouvements d'associations, de coordinations où les muscles repris s'harmonisent aux autres et reprennent leur place dans les automatismes quotidiens.

Le deuxième cas est une ancienne encéphalite. La comparaison avec le cas précédent fait apprécier la précision avec laquelle la gymnastique doit s'appliquer à chaque cas.

Au point de vue psychiatrique, les applications déjà faites, au cours des cures des malades mentaux, du mouvement (cures de travail, rythmique, gymnastique analytique), nous ont amenés à examiner de plus près les indications et le mode d'action de la gymnastique.

Une étude systématique du rôle que jouent les phénomènes du mouvement (sensitivo-psychomoteurs) dans l'étiologie de nombreux désordres mentaux, serait indispensable. Rappelons seulement que le manque d'activité psychomotrice ou simplement les erreurs d'activité psychomotrice entraînent des désordres fonctionnels et quelquefois même anatomiques (atropie dite transneurale par exemple). L'activité musculaire régulière entretient de nombreuses autres fonctions et il serait facile de prouver que les défauts d'activité psychomotrice, en supprimant ces stimuli-fonctionnels indispensables à la vie physique et mentale, créent des déséquilibres qui peuvent être plus ou moins considérables. Il va de soi que. dans tous ces cas, l'intervention du mouvement, sous forme de gymnastique scrupuleusement dosée, peut exercer une influence primordiale.

Il faudrait ajouter une étude analytique des répercussions qu'exerce l'activité neuro-musculaire sur l'organisme. La physiologie psychomotrice est à la base de la kinésithérapie et en contrôle constamment les effets.

En résumant très brièvement, nous rappellerons :

1° Que l'activité neuro-musculaire est un *acte*, qu'elle fait par conséquent appel à la volonté motrice avec toutes ses conséquences psychologiques : affirmation du moi, confiance en soi, rééducation de l'activité volontaire, euphorie consécutive à tout effort, etc. La gymnastique constitue une série de gestes, d'actes dont on peut doser l'intensité, la qualité, la portée, au gré du but qu'on poursuit pour chaque malade.

2° Que l'activité neuro-musculaire s'accompagne de modifications organiques profondes et durables : activité respiratoire avec hyperoxygénation, augmentation de l'activité circulatoire avec amélioration du débit sanguin dans tous les

organes, y compris le cerveau, intervention de nombreux réflexes végétatifs (entre autres, des zones vasosensibles cardio-aortiques) dont le fonctionnement régulier permet une régularisation, une rééducation neuro-végétative.

3° Que l'activité neuro-musculaire, enfin, est suivie de modifications humorales profondes : activité sécrétoire de nombreuses glandes : surrénale (adrénalie), hypophyse (vasopression), etc., apparition dans le sang de nombreux métabolites musculaires et cardiaques dont les répercussions apparaissent de plus en plus évidentes et importantes aux yeux des physiologistes modernes.

Toutes ces considérations permettent d'envisager que l'activité neuro-musculaire est une sorte de carrefour physiologique, ou plutôt de centrale fonctionnelle dont les variétés d'applications permettent d'établir une variété tout aussi grande de réactions physiologiques.

C'est là ce qui ressort avant tout, en effet, des études faites : suivant la technique gymnastique utilisée, on peut varier plus ou moins l'influence sur telle ou telle fonction. Etant donné le but précis que propose l'état de chaque malade, on choisit une méthode d'application différente.

Cette communication cherche uniquement à vous rendre attentifs à l'intérêt que présente la kinésithérapie au service de la thérapeutique mentale : l'application thérapeutique de l'activité psychomotrice permet l'intervention de nombreux facteurs psycho-physiologiques qui, judicieusement dosés, peuvent devenir facteurs de guérison.

Ces quelques vues du film tendent à illustrer, aussi simplement que possible, comment on peut varier les facteurs purement psychologiques dans la kinésithérapie. Après des exercices très simples, le moniteur, après avoir utilisé la force de sa suggestion pour entraîner le sujet, pratique une sorte de contre-suggestion en faisant devant lui des gestes contraires à ceux que le sujet lui-même doit exécuter ; il l'amène ainsi graduellement à affirmer sa volonté propre, à augmenter sa puissance d'attention. Les exercices d'équilibre, par exemple, constituent un excellent exercice de contrôle cérébral. Tous ces exercices, faits avec entrain et plaisir, entraînent le psychisme du malade et l'obligent à une certaine activité, toujours opportune.

Les effets de l'électroplexie sur le système nerveux

par le Dr Sim Vlavianos (d'Athènes)

1er cas. — Jean R..., âgé de 14 ans, élève, habitant Limni d'Eubée. Pendant qu'une vingtaine d'élèves faisaient des expériences d'électricité Statique avec leur professeur, à la suite d'une décharge électrique au cours de ces expériences (étincelle), le petit élève a été pris d'électroplexie, et présenta un tremblement et une parésie de la main et du pied droit. Appelé en consultation par le Dr Kelaiditis, j'ai trouvé le malade dans un état psychique particulier, où dominait la peur, avec tremblement, surtout localisé au membre droit supérieur, moins prononcé au membre inférieur droit, qui présentait en plus des mouvements choréiformes. L'écriture était irrégulière et difficile, mais il n'y avait pas de graphospasme. Le malade, en plus, présentait une diminution des facultés intellectuelles, une dépression relative, de l'anorexie, de l'insomnie, une diminution de la force physique et d'une façon générale présentait un tableau clinique d'hystérie.

A l'examen clinique il présente un peu de tachycardie, mais les bruits cardiaques sont normaux. Il se plaint de maux de tête forts et persistants.

J'ai mis le malade à l'isolement relatif et administré des bromures, des injections névrosthéniques, le massage, en même temps qu'on a fait de la psychothérapie. D'après les renseignements que j'ai eu du médecin du Collège, le petit malade, quelque temps après, a repris parfaitement ses études et les troubles qu'il a présentés ont totalement disparu et il s'est rétabli complètement, suivant ses leçons au même Collège.

Cas II. — Pierre L..., employé à la Poste, âgé de 40 ans, originaire de Sparte. Je l'ai visité pour la première fois en novembre 1933. Il présente une rétraction de la main droite vers le thorax, accompagnée de flexion et de rétraction de l'articulation du coude, une atrophie légère des masses musculaires de ce membre, sans contractions fibrillaires. Il présente aussi une contracture des extrémités de la main droite et des doigts en flexion avec tremblement des membres supérieurs, plus localisé à droite. Le tremblement de la main gauche ressemble plutôt à des mouvements athé-

tosiques. La main gauche présente aussi une rigidité extra-pyramidale. Sur la face palmaire droite, on observe les traces du traumatisme par le courant électrique.

Le malade présente un torticolis (raivocranon) droit, une hypertonie du membre droit inférieur, avec augmentation des réflexes, pseudo-clonus de la rotule, sans autres modifications pathologiques pyramidales réflexes. Il se plaint d'une céphalée périodique. L'expression mimique du visage est complètement abolie, comme on observe d'habitude au cours des syndromes parkinsoniens. Le langage est lent, difficile et souvent incompréhensible.

Au point de vue psychique, le malade présente une diminution des sentiments affectifs, avec dépression et diminution de la mémoire. Du côté de ses antécédents héréditaires et personnels, rien de particulier à signaler. Mais, de son anamnestique, nous apprenons que le malade, en 1931, tandis qu'il arrangeait l'installation électrique de sa maison, a été atteint d'un courant continu de 110 volts et *tombé évanoui pendant 5 heures.* Lorsqu'il a repris connaissance, il a ressenti de fortes douleurs à la moitié droite du corps, plus particulièrement aux extrémités de la main droite et de la nuque. Il ressentait aussi une hypersensibilité de la peau, qui a duré 20 jours environ, et de la céphalée qui a duré pendant 3 mois environ. L'état psychique était le même, comme il a été décrit plus haut, et les troubles de la parole plus accusés, améliorés avec le temps.

Aussitôt que j'ai visité le malade j'ai ordonné une ponction lombaire dans le but d'un examen et d'un soulagement du patient.

La *ponction* a donné issue à un liquide avec pression légèrement augmentée et *deux cellules* par mc. (cellule Nageotte).

Albumine = 0,30 0/00 et glycose = 0,45 0/00.

La réaction Bordet-Wassermann est négative.

La formule cytologique du liquide ne présente rien de particulier. L'examen du fond d'œil est normal. On note un peu d'hypermétropie. Les urines sont normales.

Nous avons suivi le malade pendant un certain temps, et nous l'avons soumis à la psychothérapie, au massage, aux mouvements passifs, etc., sans grand résultat. Nous n'avons pas revu le malade depuis.

Cas III. — Athanase P..., âgé de 24 ans, ouvrier de la Compagnie des Eaux, à Athènes. Ce patient a été soigné dans ma clinique pendant plusieurs mois et plus tard chez lui où je continue de temps en temps à le suivre, jusqu'aujourd'hui.

Le Dr Tsouchlos et le Dr Jombrè ont publié, au point de vue pathologique, dans la Revue médicale grecque, « Esculape », de juillet 1933, l'histoire de sa maladie d'où j'emprunte les détails, ainsi que les trouvailles du laboratoire. (Service du Prof. Sacorrafos).

Ce patient, au mois de mars 1932, au cours de l'exécution d'un travail hydraulique, a été atteint d'un courant électrique, transmis par le gros fil électrique sous-terrain aussi et avoisinant et qui l'a terrassé, dans un état d'anesthésie et de perte de connaissance complète (électroplexie). Le courant qu'il a reçu provenait d'un courant continu de 110 volts, d'un fil qui passait près d'un tuyau de conduite d'eau, sur lequel travaillait le patient.

Cet ouvrier électrocuté ainsi, d'après les renseignements d'autres ouvriers, plusieurs secondes après l'accident, alors qu'il se trouvait dans un état d'anesthésie complète et sans respiration, a présenté une sorte de contracture de tous les muscles du corps, de sorte que le corps a pris la forme d'un grand arc, appuyé sur le sol seulement par la partie occipitale du crâne et les talons (on dirait un arc hystérique). Les masseters étaient aussi fortement contracturés, les pupilles étaient dilatées, ne réagissant pas à la lumière, la face et les membres cyanosés. Le pouls à 38", avec rares extrasystoles. Cet état, qui a duré une minute environ, a fait suite à un état comateux, qui a duré aussi une minute et on observa une alternance des périodes de spasmes avec des périodes d'accalmie, qui dura plus de 6 heures. Pendant les périodes de crises de spasmes, on était obligé de pratiquer la respiration artificielle et des injections cardiotoniques et analeptiques.

Les antispasmodiques ont été sans action sur les crises. Lorsque ces crises ont passé, on put examiner le malade en détail. Il s'agit d'un sujet robuste de 1 m. 75.

Le rythme respiratoire est à 34 par minute, irrégulier et superficiel.

L'examen du thorax ne dénote rien de particulier. Pouls à 40. Pression au Vaquez : maxima, 11, minima, 5.

La langue est rouge et porte une blessure à son extrémité. L'intelligence complètement trouble. Le malade est inquiet. On n'observe nulle part des brûlures. On note une hypéresthésie intense et tous les réflexes en général sont augmentés.

Les urines prises avec beaucoup de difficulté à cause du spasme intense du sphincter, avec une sonde, ne montrent rien d'anormal, sauf traces d'albumine.

Du côté des antécédents héréditaires, personnels ou collatéraux, on ne trouve rien de particulier. Pas de maladie vénérienne. La réaction Bordet-Wassermann est négative, autant pour le sang que pour le liquide céphalo-rachidien. Le deuxième jour après l'accident, le malade présente des crises fréquentes accompagnées de spasmes cloniques d'une durée de 30-50 secondes. Dans les intervalles des crises, le malade reste dans un état d'apnée apparente (respiration superficielle).

La température est autour de 37°3 et le pouls à 44. Le 3e jour,

les spasmes cloniques continuent, mais d'intensité et de fréquence bien moindres. On n'observe plus d'apnée entre les intervalles. L'intelligence commence à reprendre, en ce sens que de temps à autre le malade commence à comprendre provisoirement un peu et crie au secours. Les pupilles sont toujours dilatées et ne réagissent pas à la lumière. On observe un léger opisthotonus.

La ponction lombaire donne du liquide clair, sous pression fortement augmentée, et qui contient : albumine = 0,80 0/00, sucre = 0,60 0/00 et 14 éléments par cellule de Nageotte.

L'urée est à 0,55 dans le sang.

Le 4e jour, les crises sont au moindre et de 2 seulement au cours de la journée.

L'intelligence presque complète.

Le malade se plaint pour une contracture des muscles de la nuque, avec douleur localisée à la région de la glande thyroïde, qui semble augmentée de volume.

Le 5e, 6e et 7e jour, on n'observe pas de spasmes, lucidité de la conscience, mais, par contre, la céphalalgie est intense et le vertige continu. La contracture des muscles de la nuque n'existe plus, et le volume de la thyroïde est redevenu normal. La pression artérielle : maxima = 11,5 ; minima = 6.

Hypéresthésie générale. Les réflexes sont exagérés de deux côtés des membres inférieurs, surtout à droite.

Le 7e et vers le 8e jour, le malade présente une parésie du membre inférieur gauche. La sensibilité à cet endroit est bien diminuée et les réflexes aussi. Le réflexe plantaire est aboli.

Il n'y a pas de Babinski. Le 10e jour, le malade présente une atonie musculaire du membre supérieur droit. Le 20e jour, la parésie du membre inférieur gauche est en petite amélioration, la motilité et surtout l'anesthésie reprennent. Cependant, l'atonie musculaire des membres supérieurs, et surtout à droite, persiste ; il en est de même de la céphalalgie et des vertiges. Une nouvelle ponction ramène du liquide de nouveau sous pression avec albumine à 0,35 0/00 et sucre à 0,60 0/00 et 2 cellules seulement par cellule de Nageotte.

Enfin, 4 mois et demi après l'électroplexie, les phénomènes parétiques ont cédé un peu, mais le malade présenta, à part la céphalalgie intense et persistante, des phénomènes psychiques qui ont nécessité son transport dans ma clinique privée.

Voici le résultat de mon premier examen :

Psychose par électroplexie, syndrome de confusion mentale avec accès maniaques, insomnie, alexie, aphasie, agraphie, manque de conscience, de la notion du *lieu,* du *temps,* et de *l'ambiant.*

Abolition complète de sentiments affectifs. Nous notons en plus une soif exagérée et une excitation *psycho-génétique.*

L'examen des urines montre une densité diminuée et rien d'anormal. Au point de vue thérapeutique, j'ai employé les méthodes usuelles sédatives. Injections de scopolamine, morphine, somniphène, etc., et surtout de bains tièdes prolongés, pendant des heures entières et plusieurs fois par jour. Autant que possible, libre dans sa cellule d'isolement, sans emploi de camisole.

Cet état a duré pendant plus de 3 mois, pendant lesquels le malade se trouve dans un état lamentable, se souillant avec ses urines et ses selles, qu'il déguste parfois avant qu'on intervienne. Cependant, avant la médication appropriée et la psycho-pédagogie prolongée, une rééducation systématique, nous arrivons à lui faire reprendre le langage et à lui apprendre à se servir de ses mains pour certains actes, vu qu'il présentait une apraxie complète.

La conscience reprend ainsi lentement et, six mois après de grands efforts, le malade peut se faire comprendre avec les siens, lire les grosses lettres des journaux et s'habiller tout seul. Tel est l'état relativement satisfaisant de notre patient à l'heure actuelle.

Conclusions

Les trois cas cités, croyons-nous, présentent un intérêt particulier pour le psychiatre, en ce sens qu'ils nous permettent de distinguer les trois *degrés de la gravité des manifestations psychiques,* qui se succèdent alternativement.

Ainsi, notre premier cas se rapporte à un cas léger d'électroplexie qui se manifesta cliniquement avec des lésions superficielles, légères, de peu de gravité, par une simple peur, et qui a cédé complètement en peu de temps.

Dans le *deuxième* cas d'*électroplexie plus forte,* avec *lésions* plus *prononcées,* nous avons des symptômes cliniques plus accusés, se caractérisant cette fois non seulement par la peur, mais en plus se surajoute quelque temps après un trouble nerveux plus fort, se manifestant par un état mélancolique, mais qui passe aussi après un temps plus long que celui du premier cas.

Dans le troisième cas, il s'agit d'une *électroplexie forte,* le malade a subi des lésions beaucoup plus prononcées que dans le deuxième cas.

Nous remarquons qu'ici aussi le patient présente une peur initiale, à laquelle s'ajoutent des idées mélancoliques, plus tard, pour présenter finalement le tableau clinique grave du syndrome de la confusion *mentale.*

Signalons que dans le 2e cas nous avons observé des grandes

ressemblances avec le Parkinsonisme, le masque de mimique, la difficulté de la motilité, la position de la main, les mouvements athétosiques, la rigidité extra-pyramidale, le torticolis spasmodique, qu'avec Foerster et Kroll, nous croyons comme un syndrome athétosique local, qui nous permet d'accepter et de conclure à l'existence des lésions dans le mésencéphale.

Mais c'est surtout le troisième cas qui est particulièrement intéressant à cause de l'évolution des troubles psychiques.

Tout d'abord, il est surprenant que les premiers symptômes psychiques ont apparu 4 mois 1/2 après l'électroplexie.

Nul doute que ces troubles sont dûs à l'électroplexie, comme du reste il en ressort d'autres cas similaires, que nous trouvons dans la bibliographie, où les troubles psychiques ont apparu aussi tardivement, malgré que dans un laps de temps un peu moins long que dans notre cas.

Il en est de même des maux de tête persistants et des vertiges, qui sont indiscutablement liés aux effets irritatifs de l'électricité sur le système nerveux central.

Plus particulièrement intéressant est, à notre avis, l'état *confusionnel* de notre malade et son amélioration progressive. Comme nous avons indiqué plus haut, le tableau clinique confusionnel prenait un caractère bestial, comme on pourrait se rendre compte à la vue simple du malade en question. Il existait une *abolition complète* de toutes les facultés intellectuelles supérieures et ce n'est que 3 mois plus tard que ces facultés ont commencé à revenir très lentement et très élémentairement, présentant très nettement la psychologie d'un enfant.

Aujourd'hui encore, « la personnalité cinétique », si j'ose dire, du malade, présente des différences vis-à-vis de son état initial. Le malade fait encore aujourd'hui, après tant de mois, cette impression d'un enfant. Il a la mentalité tout à fait infantile. Aussi il veut toucher tout ce qu'il voit. Il est content pour rien. Les objets qui brillent lui font une vive impression. Il veut tout pour lui et il pleure si on lui refuse. Quand il parle il fait des gestes et des mouvements comme un enfant. Aussitôt que son état a commencé à s'améliorer, comme nous avons vu plus haut par une rééducation systématique, il a commencé à apprendre, comme un petit enfant de l'école, à articuler des mots, à lire les grosses lettres surtout et à écrire quelques lettres, et nous espérons qu'il fera de plus grands progrès dans l'avenir.

Il est à retenir aussi la bradycardie que le malade a présentée, ainsi que les troubles rythmiques et qui sont indiscutablement dus à l'excitation du système nerveux et se rapportent aux belles expériences du prof. Morat, de Lyon, et du Dr Petzetaki, ancien élève Lyonnais et actuellement professeur agrégé à Athènes, qui ont provoqué à la suite des excitations électriques, soit des nerfs extracardiaques, soit des noyaux centraux, des bradycardies, des troubles du rythme, des extrasystoles (comme en a présenté notre malade) et en particulier la fibrillation du cœur par voie nerveuse.

Pour toute la série des troubles cliniques que nous avons observés chez nos malades à la suite de l'électroplexie et en particulier pour les troubles de la lecture, de l'écriture et de la parole, nous pouvons donner deux explications, soit que les centres de ces actes ont été atteints de *scission* comme il arrive souvent pendant les états apoplectiques, soit qu'il s'agit d'une *dissolution moléculaire* comme on en observe pendant les commotions cérébrales, sans avoir des lésions nettes anatomopathologiques, soit enfin que les parties correspondantes de ces centres, du côté droit (pour les droitiers), reprennent par suppléance (par formation des centres nouveaux), les fonctions des centres du côté gauche petit à petit, comme le croient Bonvicini, Nissl von Mayendorf, Georges Vlavianos et d'autres auteurs.

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU CONGRÈS

tenue à la Faculté de Médecine de Lyon

le 18 juillet 1934

Présidence : M. le Docteur Lagriffe,

président de l'Association

ADOPTION DU PROCÈS-VERBAL

Le procès-verbal de l'Assemblée générale, tenue à l'Institut d'Hygiène de Rabat, le 11 avril 1933, est adopté.

CORRESPONDANCE

M. Pierre Combemale, *secrétaire général.* — La correspondance comprend :

une lettre de M. le Ministre de Sa Majesté Britannique, nous transmettant une invitation à envoyer des délégués à la conférence du Royal Medico-Psychological Association, qui a eu lieu à Northempton, du 2 au 6 juillet 1934. Aucun membre du Conseil n'étant libre à cette époque, non plus que les membres de l'Association que j'ai pu toucher, je vous ai excusés auprès du secrétaire général de la Royal Médico-Psychological Association, et l'ai prié de dire au président et aux membres du Congrès tous nos regrets de n'avoir pu nous y rendre, et tous nos souhaits pour cette manifestation ;

une lettre de la British Medical Association informant le secrétaire général qu'à son grand regret, cette Association ne pourra se faire représenter au Congrès de Lyon, comme vous le lui aviez demandé ;

une lettre de M. le professeur PUUSEPP, de Tartu (Esthonie), regrettant que, cette année, son Université ne puisse se faire représenter au Congrès de Lyon, et vous adressant tous ses souhaits de succès ;

une lettre de M. BONNET, directeur de l'Institut international de coopération intellectuelle, de la Société des Nations, disant à votre secrétaire général ses regrets de ne pouvoir se rendre à notre session de Lyon, ni de pouvoir s'y faire représenter à cause de la coïncidence de date avec la session annuelle de la Commission de coopération intellectuelle ;

une lettre de M. James V. MAY, commissionnaire de l'American Psychiatrie Association, regrettant qu'aucun de ses membres ne puisse se trouver en Europe ces jours-ci pour y représenter leur Association au Congrès de Lyon ;

une lettre du MINISTÈRE DES COLONIES s'excusant de ne pouvoir se faire représenter officiellement, en raison d'une pénurie actuelle de médecins coloniaux spécialisés, présents en France ;

des télégrammes de M. le Doyen ROUSSY (de Paris), du Professeur LADAME (de Genève), qui s'excusent de ne pouvoir assister à la session de Lyon, et adressent leur amical salut aux Congressistes ;

des lettres de MM. D'HOLLANDER, DIVRY et LEY, Professeurs des Universités belges, retenus par les examens universitaires, et de MM. Ch. DUBOIS (de Berne), A. MESTRALLET (Lyon), Prof. NIESSL VON MAYENDORF (Leipzig), Prof. K. ORZECHOWSKI (de Varsovie), Prof. PUUSEPP (de Tartu, Estonie), Ach. SANTENOISE (de St-Ylie), Aug. TOURNAY (de Paris), qui expriment le regret de ne pouvoir assister à la XXXVIIIe session du Congrès.

J'ai l'honneur de porter à votre connaissance que les neurologistes, les otologistes et les ophtalmologistes Niçois invitent les membres de l'Assemblée à venir nombreux au Congrès que les Sociétés d'oto-neuro-ophtalmologie tiendront à Nice à Pâques 1935.

RAPPORT DU TRÉSORIER

M. Vignaud, *trésorier*, rappelé ce matin même par le décès de son frère, a chargé le *secrétaire général* de présenter le rapport suivant :

Messieurs,

Votre trésorier va vous soumettre, conformément à l'article 8 des statuts, le compte rendu financier de la 37e session (Rabat), les comptes de l'Association pour l'exercice 1933, ainsi que le projet du budget de l'exercice 1934, qu'il vous demandera de voter. Je suis heureux de vous signaler que le chiffre des cotisations des membres titulaires sera cette année plus élevé, puisque quatorze nouveaux membres ont été nommés. Je me permettrai, encore une fois, d'insister tout particulièrement, auprès des membres titulaires de l'Association, pour les prier d'envoyer leur cotisation annuelle, exigible dès le mois de janvier, le plus tôt possible, afin d'éviter des frais de correspondance et de recouvrement (1) et auprès des membres adhérents pour qu'ils s'inscrivent aussi dès l'envoi du programme, un trop long retard les exposant à ne pas recevoir à temps les rapports.

Je remercie MM. les Médecins-Directeurs et Directeurs des établissements publics et privés qui, répondant à notre appel, ont bien voulu inscrire leurs établissements au Congrès des Aliénistes et Neurologistes.

Ces établissements, qui versent une subvention annuelle de 80 fr. minima, reçoivent, aux termes du Règlement, comme les Membres titulaires et adhérents, les rapports et le volume des comptes rendus publiés par l'Association.

J'ai le plaisir de vous annoncer que j'ai reçu, il y a quelques jours, la subvention accordée par le Ministre des Affaires Etrangères. Cette subvention a été de 10.000 fr. diminués de 2.000 fr. par application des décrets-lois. M. le Ministre regrettant de nous faire subir cette petite réduction imposée par les circonstances, nous affirma tout l'intérêt qu'il portait à notre

---

(1) Au terme de l'article 4 de la loi du 1er juillet 1901 : « Tout membre d'une Association, qui n'est pas formée pour un temps déterminé, peut s'en retirer en tout temps, après paiement des cotisations échues de l'année courante, nonobstant toute clause contraire. »

« Tout membre qui n'a pas notifié sa démission par lettre adressée au Président avant le début de l'année courante, reste membre de plein droit ; la radiation pour cause de non-paiement peut être prononcée contre le membre qui laisserait son reçu impayé. »

Association. J'ai l'agréable devoir de remercier ici ceux qui m'ont aidé de leur appui et de leur intervention.

Nous avons organisé, ainsi que vous avez pu le constater, une importante exposition de produits pharmaceutiques que nous recommandons tout spécialement à votre attention et qui fournira à notre budget une recette des plus appréciables. Nos secrétaires généraux, MM. les Professeurs COMBEMALE et DECHAUME, ont droit à toute notre reconnaissance pour le succès de cette exposition, dûe à leurs démarches auprès des Laboratoires de la région parisienne et surtout de la région lyonnaise. C'est à eux qu'en revient tout le mérite (1).

Je dois vous dire qu'après une collaboration amicale de deux ans avec notre secrétaire général, le Docteur René CHARPENTIER, dont je garderai le meilleur souvenir, j'ai eu, avec notre nouveau et sympathique secrétaire général, le Professeur COMBEMALE, comme d'ailleurs avec notre distingué et si aimable secrétaire général annuel, le Professeur agrégé DECHAUME, les rapports les plus cordiaux dans la préparation de ce Congrès et que notre collaboration a été facile et agréable.

Je crois utile de vous mettre au courant de l'administration de vos finances. Tous les titres constituant le capital mobilier sont au nominatif, ainsi que l'exigent les statuts, et sont en dépôt au Crédit du Nord.

Votre trésorier a ouvert, à cette Société de Crédit, deux comptes de dépôt, l'un général, au nom de l'Association du Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes, et l'autre annuel, au nom de la ville où siège le Congrès. Cette année, par exemple, ce compte de dépôt porte le nom de Congrès de Lyon. En fin d'exercice, ce dernier compte est arrêté et l'excédent de recettes, s'il y en a, est versé au compte général du Congrès. Enfin, un coffre-fort, au nom de l'Association, en location à l'Agence E.M. du Crédit du Nord, où se trouvent les récépissés et pièces comptables. Nous avons également un compte chèque postal : Paris 456-30.

La situation financière de l'Association me paraît satisfaisante. J'ai pu augmenter le fonds de réserve et souscrire à dix obligations du Trésor 4 1/2 % 1933.

(1) A cette exposition qui eut un plein succès auprès des congressistes, participèrent les firmes Hoffmann-La Roche — S.P.E.C.I.A. — Ciba, Lumière et Novalis, les laboratoires du Somnothyril, de la Calsédine, du Kalmobrol, du Jecol, du Démorphène et de la Phogolysine, ainsi que le memento Cartier de Lyon, les eaux de Vals-Favorite, avec stand de dégustation, et l'Ophtalmoscope Busch.

COMPTE RENDU FINANCIER DE LA XXXVII[e] SESSION
(Rabat, 7-13 avril 1933)

(Rabat, 7-13 Avril 1933).

Le compte financier s'établit ainsi :

Recettes

1° *Cotisations.*

Membres titulaires	146 à 75 fr.	10.950 »
Membres adhérents	103 à 80 fr.	8.240 »
Membres associés	119 à 50 fr.	5.950 »
Total		25.140 »

2° *Cotisations des Asiles.*

1 Asile à 500 fr.	500 »
3 Asiles à 100 fr.	300 »
25 Asiles à 80 fr.	2.000 »
	2.800 »
3° *Subvention de la Santé et de l'Hygiène Publiques du Maroc*	30.000 »
4° *Subvention du Ministère des Affaires Etrangères* .	10.000 »
5° *Recettes versées par les Congressistes pour transports*	13.610 »
Total Général	25.140 »
	2.800 »
	30.000 »
	10.000 »
	13.610 »
Total des Recettes	81.550 »

Dépenses

Imprimerie Coueslant	19.052 30
Déjeûner, 13 avril, à Casablanca	11.514 »
Trains spéciaux	11.115 »
Frais voitures à Rabat	4.824 »
Frais voitures à Casablanca	2.758 »
Publication « Vie Marocaine »	3.125 »
Participation aux Réceptions indigènes de Ber Rechid et des Oudaïas	5.084 »
Fournitures diverses pour réceptions des 9 et 13 avril.	3.209 »

Frais de Bureau, correspondance, photographies et divers à Rabat	1.190 »
Frais et honoraires à l'Agent de Tourisme	826 »
Soirée offerte par le Congrès (Hôtel Balima)	4.726 50
Gratifications diverses	729 65
Frais de correspondance, encaissements et Frais d'impression à Paris	1.497 30
Total	69.650 75

Balance

Recettes	81.550 »
Dépenses	69.650 75
Excédent de Recettes	11.899 25

Compte rendu financier de l'Association pour l'exercice 1933

Recettes

Avoir en Banque au 1er janvier 1933	7.490 40
Arrérages et intérêts	7.331 28
Versement Espèces	905 10
Vente Volume du Congrès	2.076 »
Vente { 5.800 fr. Rente 4 0/0 1918 ; 1.000 fr. Rente 4 0/0 1917 }	151.227 45
Total	169.030 23

Dépenses et Remploi de Fonds

Achat de 7.267 fr. 50 Rente 4 1/2 0/0 1932 (Tranche A)	150.859 85
Achat de 10 Obligations Trésor 4 1/2 1933	9.850 »
Impôts et droits de garde	119 90
Total	160.829 75

Balance

Recettes	169.030 23
Dépenses	160.829 75
Excédent de Recettes	8.200 48

Situation financière de la caisse de réserve du Congrès au 31 décembre 1933

1° *Capital mobilier actuellement représenté par :*

2.000 fr. Rente Française 3 0/0.
7.267 fr. 50 Rente Française 4 1/2 0/0 1932 (Tr. A).
10 Obligations Trésor 4 1/2 0/0 1933.

2° *Espèces :*

Solde Créditeur en Banque (Association) 8.200 48

A ce chiffre viendront s'ajouter en 1934, le solde créditeur du Compte annuel en Banque (Rabat), le solde créditeur Chèques-Postaux et le reliquat en Caisse.

Projet de budget de 1934

En terminant voici le projet de budget de l'exercice 1934 que je vous demande de bien vouloir voter conformément à l'article 8 des statuts.

RECETTES

Cotisation des Membres Titulaires de l'Association (150)	11.250 »
Cotisation des Membres Adhérents à la 38e Session (80).	6.400 »
Cotisation des Membres Associés à la 38e Session (80).	4.000 »
Cotisation des Asiles Publics et Privés	2.800 »
Intérêts de la dotation et du compte-courant	10.489 50
Solde créditeur Banque. Chèques Postaux. Compte Rabat et Caisse au 1er janvier 1934	24.529 50
Subventions diverses	mémoire
Total	59.469 »

DÉPENSES

Impressions diverses (Estimation)	25.000 »
Réceptions diverses par l'Association à Lyon	19.400 »
Frais de secrétariat. Trésorerie, etc.	15.000 »
Total	59.400 »

BALANCE

Recettes	59.469 »
Dépenses	59.400 »
Excédent	69 »

Ce projet de budget est adopté. Sur la proposition de M. Lagriffe, *président,* l'Assemblée générale vote à l'unanimité des remerciements et des félicitations au Dr Vignaud, *trésorier,* et l'assure de sa sympathie pour le deuil cruel qui le frappe actuellement.

RAPPORT DU SECRÉTAIRE GÉNÉRAL

M. Pierre Combemale, *secrétaire général.*

Messieurs,

Notre Congrès a été particulièrement éprouvé. Permettez-moi de saluer ici la mémoire de MM. Juliano Moreiro (de Rio de Janeiro), Alaize (de Marseille), Amouroux (de Poitiers), Cestan (de Toulouse), Coulonjou (de Nantes), Dupré (de Bourg), Lautier (de Lyon) et Sollier (de Paris) Membre titulaire, dont la perte fut, pour nous tous, cruellement ressentie.

La douloureuse stupeur, qu'a été pour les hommes la mort tragique de Sa Majesté le roi Albert Ier de Belgique, nous l'avons tous ressentie doublement, comme une cruelle perte pour le monde d'une grande figure morale qui forçait au respect comme un demi Dieu de l'antiquité, comme le départ d'un esprit ouvert à la science, qui nous avait donné le témoignage de l'intérêt qu'il porte à nos travaux en nous accordant son haut patronage en 1924, à Bruxelles, en 1928 à Anvers, et qui avait chargé son ambassadeur à Paris de nous inviter à Bruxelles en 1935. Le Docteur René Charpentier a exprimé, en notre nom à tous, à nos collègues belges, notre profonde tristesse et notre affectueuse sympathie.

Le Docteur Vignaud vous a présenté le rapport financier. Il vous a montré en toute clarté les ressources de l'Association ; aussi, le rapport moral de votre secrétaire général sera-t-il très bref. Je vous demande la permission de joindre à vos remerciements mes remerciements personnels très vifs pour le dévouement et la compétence remarquable du Docteur Vignaud. Il me retire tout ce que la tâche que vous m'aviez confiée l'an dernier a de désagréable et de fatiguant, comme celle de rappeler avec insistance, par ces temps d'économie à outrance, des promesses de subvention qui sont bien nécessaires à notre expansion morale dans le monde ; comme celle de solliciter, parfois bien impérativement, les cotisations de certains de nos Membres titulaires. Il me laisse une partie des

relations épistolaires, ce qui me vaut de nouer avec vous tous des relations chaque jour plus étroites et toujours agréables. Je dis avec vous tous, car il faut y comprendre les rapporteurs qui sont à citer en exemple, cette année, pour les efforts qu'ils ont fait de fournir à l'heure leurs textes dactylographiés et de m'adresser, comme l'a fait notre collègue le Docteur REPOND, un rapport exactement limité au nombre de pages qui lui était réservé. Je conserve l'espoir qu'il en sera de même pour tous ceux qui auront pris la parole durant cette présente session.

Messieurs, le 11 avril 1933, à Rabat, nous m'avez fait le grand honneur de me désigner comme successeur au Docteur René CHARPENTIER. J'ai trouvé une Association prospère, bien réglementée, et dans laquelle tout était parfaitement en ordre. Lui, le grand organisateur, vous l'avez déjà acclamé, c'est justice ; vous l'acclamerez encore, car il fut le véritable fondateur de l'état actuel, l'animateur de ces Congrès. Vous, par la qualité de vos travaux et leur haute tenue scientifique, vous êtes la cause de l'importance de notre Association et de son renom.

Quant à mon action, si vous la trouvez assez satisfaisante, je m'en montrerai flatté, pour un débutant, sans me méprendre sur mes mérites qui ne s'expliquent que par l'heureuse bonne fortune de recevoir, d'un éminent prédécesseur, une œuvre admirablement bien au point et d'un secrétaire annuel, le Professeur DECHAUME, une aide affectueuse et souriante alliée à une activité débordante.

Messieurs, notre Association s'est augmentée en nombre cette année. Sont venus parmi nous comme Membres titulaires :

M. le Docteur MASSOT (de Bourg), parrains, MM. Emile ADAM et DECHAUME.

M. le Docteur SCHMITE (de Paris), parrains, MM. PÉRON et GARCIN.

M. le Docteur VULLIEN (de Lille), parrains, MM. RAVIART et COMBEMALE.

M. le Docteur SCHÜTZENBERGER (Le Mans), parrains, MM. LAGRIFFE et COMBEMALE.

M. le Docteur GÉNIL-PERRIN (de Paris), parrains, MM. René CHARPENTIER et COMBEMALE.

M. le Médecin-Commandant PEYRE (de Paris), parrains, MM. LÉVY-VALENSI et EY.

M. le Docteur LÉCULIER (de St-Ylie), parrains, MM. A. SANTENOISE et DESRUELLES.

M. le Docteur A. CRÉMIEUX (de Marseille), parrains, MM. H. ROGER et LÉVY-VALENSI.

M. le Docteur H. BARUK (de Paris), parrains, MM. René CHARPENTIER et VIGNAUD.

M. le Docteur DEVAY (de Lyon), parrains, MM. LARRIVÉ et MESTRALLET.

M. le Docteur P. VERVAECK (de Bruxelles), parrains, MM. René CHARPENTIER et VIGNAUD.

M. le Docteur DE SAUSSURE (de Genève), parrains, MM. CLAUDE et REPOND.

M. le Docteur DE MONTET (de Genève), parrains, MM. REPOND et René CHARPENTIER.

M. le Docteur BROUSSEAU (de Paris), parrains, MM. RAVIART et VULLIEN.

Depuis l'ouverture de la session, se sont inscrits comme Membres titulaires :

M. le Docteur BARGUES (de Bordeaux), parrains, MM. ABADIE et COMBEMALE.

M. le Docteur FROMENT (de Lyon), parrains, MM. LAGRIFFE et René CHARPENTIER.

M. le Docteur FLOURNOY (de Genève), parrains, MM. LAGRIFFE et REPOND.

M. le Docteur BERSOT (de Neuchâtel), parrains, MM. René CHARPENTIER et REPOND.

M. le Docteur DE MOURA (de Coïmbra), parrains, MM. LAGRIFFE et René CHARPENTIER.

M. le Docteur POURSINES (de Marseille), parrains, MM. H. ROGER et COMBEMALE.

M. le Docteur BOVEN (de Lausanne), parrains, MM. René CHARPENTIER et ROGER.

M. le Docteur HEUYER (de Paris), parrains, MM. René CHARPENTIER et VIGNAUD.

M. le Docteur HANSEN (de Luxembourg), parrains, MM. LAGRIFFE et COMBEMALE.

M. le Docteur KAPSALAS (de Kifissia, par Athènes), parrains, MM. COMBEMALE et DECHAUME.

M. le Docteur PELLISSIER (de Marseille), parrains, MM. EUZIÈRE et H. ROGER.

ÉLECTION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION POUR 1935

M. Lagriffe, *président*. — Conformément à l'article 5 des statuts, le vice-président élu pour un an devient de droit président à la fin de l'année. Le Dr René Charpentier sera donc *président* pour l'année 1935.

Le Conseil d'Administration vous propose, à l'unanimité, pour la vice-présidence, le nom du Dr Crouzon, de Paris, Médecin des Hôpitaux, Secrétaire général de la Société de Neurologie de Paris.

Election du vice-président

Nombre de votants	44
Majorité absolue	23

obtenu :

M. Crouzon	40 voix
M. H. Roger	1 voix
M. Desruelles	1 voix
Bulletin blanc	1

M. le Dr Crouzon est élu *vice-président* pour 1935 et sera, de droit, président de l'Association pour 1936.

Le Secrétaire général, une fois élu, conserve ses fonctions tant qu'il n'en a pas été relevé par l'Assemblée générale.

Les six autres membres sont élus pour six ans et renouvelés par tiers tous les deux ans...

Sortent cette année, MM. Olivier et Ern. de Craene.

Le Conseil d'administration remercie très vivement ces deux collègues du concours précieux qu'ils ont apporté au fonctionnement de notre Association, et, puisque statutairement, ils ne sont pas immédiatement rééligibles, vous propose à l'unanimité de nommer MM. Desruelles et Repond.

Election de deux membres du Conseil

Nombre de votants	44
Majorité absolue	23

Ont obtenu :

M. Desruelles	43 voix
M. Repond	43 —
Bulletin blanc	1

MM. DESRUELLES et REPOND sont élus membres du Conseil d'administration de notre Association pour une durée de six ans.

Le Conseil d'Administration est donc composé ainsi pour 1935 :

Président : M. le Dr René CHARPENTIER.

Vice-Président : M. le Dr CROUZON.

Secrétaire général : M. le Prof. Pierre COMBEMALE.

Membres : MM. P. COURBON et Henri ROGER (sortants fin 1936) ;

DONAGGIO et VIGNAUD (sortants fin 1938) ;

DESRUELLES et RÉPOND (sortants fin 1940).

M. le Dr VIGNAUD est choisi comme *trésorier* par le Conseil d'administration.

ORGANISATION DE LA 39e SESSION

Par lettre du 16 novembre 1932, M. l'Ambassadeur de Belgique a porté officiellement à votre connaissance que le gouvernement belge serait heureux que le Congrès des Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française tînt ses assises à Bruxelles, en 1935. Vous en avez décidé ainsi l'an dernier à Rabat. La prochaine session aura donc lieu à Bruxelles, dans la dernière semaine de juillet.

Conformément au règlement, le Bureau de l'Association sera le bureau de la session. Le président et le secrétaire général de l'Association sont chargés de l'organisation de la session. Ils peuvent s'adjoindre un comité d'organisation local, dit le règlement. La coutume de nos Congrès veut que, lorsque la session se tient hors de France, un co-président soit nommé pour la session, co-président local. Nous vous proposons comme co-président belge un neurologiste belge, membre depuis six ans du Conseil d'administration de notre Congrès auquel il a rendu de grands services : M. le Docteur Ernest DE CRAENE, de Bruxelles.

M. le Docteur DE CRAENE (de Bruxelles) est élu par acclamation co-président belge de la XXXIXe session.

Comme secrétaire annuel, le Conseil d'administration vous propose M. le Professeur VERMEYLEN, chargé du cours de Psychiatrie à l'Université libre de Bruxelles, Médecin-chef du service de psychiatrie de l'hôpital Bruggemann.

M. le Professeur VERMEYLEN, de Bruxelles, est élu par acclamation secrétaire annuel de la XXXIXe session.

Les *rapports* et *rapporteurs* suivants sont ensuite désignés :

1° RAPPORT DE PSYCHIATRIE

L'hystérie et les fonctions psychomotrices ; étude psycho-physiologique.

Rapporteur : Dr Henri BARUK, Médecin-Chef de la Maison nationale de Santé de St-Maurice.

2° RAPPORT DE NEUROLOGIE

L'hystérie et les fonctions diencéphaliques ; étude neurologique.

Rapporteur : Dr Ludo VAN BOGAERT (d'Anvers).

3° RAPPORT DE MEDECINE LEGALE PSYCHIATRIQUE

Délinquance et criminalité de l'enfance.

Rapporteurs : Dr G. HEUYER, Médecin des Hôpitaux et de l'Infirmerie spéciale de la préfecture de Police ; Dr Paul VERVAECK, Médecin inspecteur des Asiles et colonies d'aliénés du Royaume de Belgique.



Le Secrétaire général croit devoir rappeler que ceux des membres adhérents qui sont docteurs en médecine peuvent demander leur inscription sur la liste des membres titulaires de l'Association. La cotisation de membre titulaire est due dès le début de l'année, comme dans toute Société, et dispense de cotisation pour les sessions organisées par l'Association. Les membres titulaires de l'Association sont invités à chaque session, sans avoir à s'inscrire de nouveau, et reçoivent régulièrement dès leur publication les programmes, rapports, comptes rendus, etc.

Il rappelle également aux membres du Congrès de bien vouloir adresser au Secrétaire général, un mois avant l'ouverture de la prochaine session, toutes les suggestions concernant le choix des sessions ultérieures, ainsi que l'indication des sujets qu'ils désireraient voir mettre à l'ordre du jour du Congrès.

RÉCEPTIONS ET EXCURSIONS

RÉCEPTIONS ET EXCURSIONS

La marque particulière qui donne une tonalité spéciale aux séances dites récréatives de la XXXVIIIe session, fut l'accueil que les Lyonnais réservèrent à tous les congressistes : accueil chaleureux, cordial, affectueux même, qui conquit tous les cœurs et laissera en eux un doux souvenir de grande reconnaissance. Nos amis cherchèrent à montrer, dans le peu de temps dont ils disposaient entre les séances de travail, les merveilles de leur ville, les souvenirs anciens et les visions d'avenir. La visite de l'hôpital Saint-Pothin, berceau de la neuro-psychiatrie lyonnaise, celle de l'Hôtel Dieu aux murs puissants, tout imprégné du génie des illustres maîtres de la médecine lyonnaise, aux cours intérieures majestueuses et calmes, avec leurs décors délicieux que l'on dit devoir être bientôt la proie de la pioche des démolisseurs, les vestiges du Lugdunum romain, au flanc de la colline de Fourvière, témoigneraient d'un grand passé, si l'histoire n'était là pour le détailler. Le Musée des tissus, dont la visite se fit sous la conduite de M. Hennequin, conservateur, mit sous les yeux « des témoins émouvants du grand effort que l'homme a fait depuis qu'il travaille de ses mains pour s'élever à l'idéal et revêtir de beauté les objets usuels » (H. d'Hennezel) ; parmi ces splendides tissus, combien sont nés du génie de ces admirables artisans qui portèrent au loin la renommée de beauté, de luxe et de richesse de coloris de la soierie lyonnaise ! Dans le musée de peinture se cache, loin de la lumière ardente et de la chaleur de fournaise, un rare ensemble de tableaux admirables. Quant à l'Hôtel de Ville, d'extérieur un peu massif, il montre en son intérieur, à côté d'un fort joli escalier, une succession remarquable de somptueux salons que M. le Président Herriot, Ministre d'Etat, maire de Lyon, et Mme Herriot, tinrent à nous faire visiter eux-mêmes, soulignant à chaque pas la beauté d'une peinture, la grâce d'un mobilier ou l'harmonie d'une architecture.

Devant la nouvelle Faculté de Médecine, l'hôpital Grange-Blanche et l'Ecole d'Infirmières, groupés à l'est de Lyon, de chaque côté de la route de Grenoble, face à Fourvière qui se profile dans le lointain, de l'autre côté du fleuve, la pensée se porte vers l'avenir.

L'Ecole d'Infirmières, admirable de distribution intérieure et d'exécution, et la Faculté de Médecine, la plus belle et la plus moderne de France, siège des séances de travail du Congrès, ont pu être visitées dans les détails, sous la conduite de M. le Doyen

Jean Lépine. La bibliothèque, spacieuse, et tous les services nous furent ouverts ; grâce à l'obligeance de MM. les professeurs Favre, Policard, Hermann, Florence et Leulier, les congressistes purent admirer les merveilleuses organisations intérieures de quelques laboratoires : que de leçons à aller y chercher pour tous ceux qui veulent être à l'avant-garde du progrès ou qui désirent seulement moderniser leur service. Quant à l'Hôpital Grange-Blanche, formé de pavillons séparés, la visite dut se limiter à parcourir le magnifique service du professeur Froment, le pavillon du professeur Doyen Lépine, service idéalement agencé pour la neuro-psychiatrie, et la merveilleuse clinique médicale infantile du professeur Mouriquand, avec ses chambres « climatisées ». Les longs couloirs souterrains, les services généraux firent l'admiration de tous.

Mercredi 18 juillet, alors qu'à Lyon, la chaleur était intense, les congressistes ont été transportés au col de la Luère, à 700 mètres d'altitude. dans un site délicieusement frais, d'où la vue s'étend loin, admirable, sur toute la région. Sur la terrasse du bungalow de la mère Brasier, les Maisons de santé et Asiles privés de la région lyonnaise offrirent aux congressistes, sous la présidence du docteur Rebatel, un dîner champêtre d'une rare distinction culinaire : ce fut une grande, grande fête gastronomique dont le souvenir n'est pas près de disparaître chez tous ceux qui ont pu participer à cette fabuleuse réception.

Jeudi soir, 19 juillet, le président et les membres du Congrès reçurent à leur tour leurs hôtes dans les salons Berrier-Millet ; un jazz entraînant invita à la danse et un buffet délicieux à se désaltérer. Mais auparavant, Mgr Lavarenne, membre du comité des « amis de Guignol » présenta, dans une charmante causerie historique et littéraire, le Guignol lyonnais, et M. Josserand, arrière petit-fils de Mourguet, le fondateur de l'authentique Guignol, fit goûter une des bonnes comédies du répertoire, le docteur Gnafron.

Vendredi après-midi, ce fut l'excursion en Bresse, splendide excursion offerte par les asiles Ste-Madeleine et St-Georges de Bourg (Ain). Les cars conduisirent les congressistes à la célèbre cité de Pérouge, leur firent parcourir la belle et grasse vallée de l'Ain pour les mener à ce joyau unique qu'est l'église de Brou. Après le plaisir des yeux, nos hôtes nous offrirent celui de la table: un exquis repas froid. Le lendemain, à midi, l'asile départemental de Bron donnait un fastueux banquet de clôture. Que l'on mange finement dans ces régions où s'est tenue la XXXVIIIe session! Au dessert, M. Bollaert, préfet du Rhône, qui présidait, remercia en termes choisis et pleins de courtoisie les congressistes d'être venus si nombreux à Lyon, et s'excusa de n'avoir pu suivre tous les travaux comme il l'eût désiré. M. le Recteur Lirondelle nous félicita du succès de nos travaux. M. Lagriffe, président du Congrès remercia chaleureusement tous les Lyonnais des si cordiales réceptions

qu'ils avaient réservées du premier au dernier jour, à tous les congressistes, et des efforts, couronnés d'un impérissable succès, qu'ils avaient mis à leur faire goûter les charmes prenants de cette grande et belle ville ; enfin, les délégués officiels tinrent à dire, souvent avec des accents lyriques, leur gratitude pour les attentions toutes particulières dont les Lyonnais les avaient entourés.

Ainsi se termina la session de Lyon, qui fut un succès éclatant dont tout le mérite revient au professeur Doyen Lépine et au professeur agrégé Dechaume.

⁂

Un certain nombre de congressistes, sous la conduite du Bureau, gagnèrent par la route, le lendemain dimanche, Divonne-les-Bains, cette charmante station thermale, renommée par ses cures merveilleuses dans de nombreuses maladies nerveuses. Les médecins et la direction de l'Etablissement thermal les avaient cordialement invités à visiter leurs très modernes installations. Après un délicieux banquet, le docteur Vieux, au nom des médecins de Divonne-les-Bains, et de la direction de l'Etablissement thermal souhaita, en termes chaleureux, la bienvenue à tous. M. Lagriffe, président, et les délégués étrangers, prirent la parole pour remercier d'une aussi charmante réception. La fin de la journée se passa en Suisse, « aux Rives de Prangins » tout proche où le Docteur Forel nous reçut avec tout son cœur, et nous montra une maison de santé qui est une splendeur.



SÉANCE INAUGURALE : DISCOURS DU PRÉSIDENT HERRIOT



VUE SUR LA SALLE DURANT LA SÉANCE INAUGURALE

Clichés « Memento Cartier. »



CHEZ LA MÈRE BRASIER : REMERCIEMENTS DE M. LAGRIFFE, PRÉSIDENT



LA MÈRE BRASIER EST PRÉSENTÉE AUX CONGRESSISTES

Clichés « Memento Cartier. »



DEVANT L'ÉGLISE DE BROU

Cliché « Pacalet. »

XXXIXe SESSION DU CONGRÈS des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française

---

La XXXIXe *Session du Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française* se tiendra à Bruxelles, au mois de juillet 1935.

Présidents : M. le Docteur René CHARPENTIER (de Neuilly-sur-Seine) Médecin des Asiles, secrétaire général de la Société Médico-Psychologique ; et M. le Docteur E. DE CRAENE, agrégé de l'Université libre de Bruxelles.

Vice-Président : M. le Docteur O. CROUZON, Médecin des Hôpitaux, secrétaire général de la Société de Neurologie de Paris.

Secrétaire général : M. le Professeur P. COMBEMALE, Médecin-Chef à l'Asile de Bailleul (Nord).

Secrétaire annuel : M. le Professeur VERMEYLEN, de l'Université libre de Bruxelles.

Trésorier : M. le Docteur VIGNAUD, de Paris.

Les questions suivantes ont été choisies par l'Assemblée générale du Congrès pour figurer à l'ordre du jour de la XXXIXe session.

PSYCHIATRIE : *L'hystérie et les fonctions psychomotrices ; étude psycho-physiologique.* — Rapporteur : M. le Docteur Henri BARUK, Médecin-Chef de la Maison de Santé nationale de St-Maurice (Seine).

NEUROLOGIE : *L'hystérie et les fonctions diencéphaliques ; étude neurologique.* — Rapporteur : M. le Docteur Ludo VAN BOGAERT, d'Anvers, Agrégé à l'Université libre de Bruxelles.

Médecine légale psychiatrique : *Délinquance et criminalité de l'enfance.* — Rapporteurs : M. le Docteur G. Heuyer, de Paris, Médecin des Hôpitaux et de l'Infirmerie spéciale de la Préfecture de police ; M. le Docteur Paul Vervaeck, de Bruxelles, Médecin inspecteur-adjoint des Asiles et colonies d'aliénés du Royaume.

N.B. Les *inscriptions* sont reçues par le Dr Vignaud, *trésorier,* 4, Avenue d'Orléans, Paris, 14e. c/c postal 456-30, Paris.

Le prix de la cotisation à la session est de 80 francs (*membres adhérents*). Ceux-ci peuvent inscrire les membres de leur famille comme membres associés (cotisation de 50 fr.).

Les membres inscrits avant le 10 juin 1935 recevront les rapports dès leur publication.

Les *membres titulaires* de l'Association sont inscrits de droit à la session.

Pour tous renseignements, s'adresser au Professeur P. Combemale, route d'Ypres, à Bailleul (Nord).

TABLE DES MATIÈRES

COMPTES RENDUS DE LA XXXVIII[e] SESSION DU CONGRÈS

SÉANCE INAUGURALE

RAPPORT DE PSYCHIATRIE

Discussion

RAPPORT DE NEUROLOGIE

Discussion

RAPPORT D'ASSISTANCE

Discussion

COMMUNICATIONS DIVERSES

Communications de psychiatrie

Communications de neurologie

Communications de médecine légale psychiatrique



Communications de thérapeutique

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

Assemblée générale tenue à la Faculté de Médecine de Lyon le 18 juillet 1934

Cahors Imprimerie Coueslant *(personnel intéressé).* — 48.718